

**DIE VERBAND TUSSEN STRES, STRESHANTERINGSTRATEGIEë  
EN UITBRANDING BY SUID-AFRIKAANSE KLINIESE EN  
VOORLIGTINGSIELKUNDIGES**

**ILSE JORDAAN**



**Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereistes vir die graad M.Sc. (Sielkunde)  
aan die Universiteit Stellenbosch**

**Studieleier: Dr. J.J. Spangenberg**

**April 2003**

## VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is, wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.



## OPSOMMING

Die primêre doelstelling van hierdie studie was om ondersoek in te stel na die verband tussen stres (soos gemanifesteer in angs en depressie), streshanteringstrategieë en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges. Die mate van angs en depressie, asook die vlakke van uitbranding en tipes streshanteringstrategieë wat sielkundiges gebruik het, is eerstens vasgestel. Vervolgens is die streshanteringstrategieë wat verband hou met angs en depressie onderskeidelik, met behulp van stapsgewyse meervoudige regressie-analises bepaal. Die verband tussen angs en uitbranding, asook tussen depressie en uitbranding, is met behulp van lineêre regressie-analises ondersoek. Verder is die streshanteringstrategieë wat verband hou met uitbranding deur middel van stapsgewyse meervoudige regressie-analises bepaal. Laastens is die invloed van verskeie biografiese veranderlikes op uitbranding deur middel van lineêre regressie-analises, t-toetse, eenrigting-variensie-analises en Tukey-toetse ondersoek.

Die studie is met behulp van die internet uitgevoer, wat behels het dat elke lid van 'n gestratifiseerde, ewekansig-geselekteerde steekproef van 'n duisend geregistreerde kliniese en voorligtingsielkundiges 'n brief per pos ontvang het, met die versoek om 'n webbladsy te besoek en vyf vraelyste daarop te voltooi. Die toetsbattery het bestaan uit die volgende: 'n biografiese vraelys; die *Beck Depression Inventory* (BDI), wat gebruik is om die teenwoordigheid van depressie by die deelnemers vas te stel; die *Maslach Burnout Inventory* (MBI), om die vlakke van uitbranding te ondersoek; die S-skaal van die *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), vir die meting van angs; asook die *Brief Coping Orientations to Problems Experienced* (Brief COPE), wat gebruik is om te bepaal in watter mate deelnemers 14 streshanteringstrategieë gebruik het. 'n Totaal van 238 geregistreerde sielkundiges (wat 'n responskoers van 23.8% verteenwoordig) het aan die studie deelgeneem.

Die resultate het aangedui dat 134 (56.3%) sielkundiges bogemiddelde angsvlakke ervaar het, terwyl 129 (54.2%) minstens tot 'n ligte mate depressief was. Wat die drie komponente van uitbranding betref, het 72 (30.25%) hoë en 64 (26.89%) matige vlakke van emosionele uitputting ervaar, 49 (20.59%) en 65 (27.31%) het onderskeidelik hoë en matige vlakke van depersonalisasie ervaar, terwyl 68 (28.57%) en 84 (35.29%) onderskeidelik sterk en matige gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid gerapporteer het. Die deelnemers het van al 14 Brief COPE-streshanteringstrategieë gebruik gemaak, terwyl die meeste van aktiewe streshantering en die minste van losmakingsgedrag gebruik gemaak het.

'n Kombinasie van die streshanteringstrategieë van selfblamering, losmakingsgedrag, ontkenning, 'n gebrek aan humor, self-afleiding, 'n gebrek aan aanvaarding van die realiteit van die stresvolle situasie, emosionele ontlading en substansgebruik, was 'n beduidende voorspeller van hoë angsvlakke. Die gesamentlike gebruik van substansgebruik, selfblamering, self-afleiding,



ontkenning en die afwesigheid van instrumentele ondersteuningsoeke, was 'n beduidende voorspeller van depressiewe simptomatologie. Die deelnemers se angs- en depressievlakke onderskeidelik, was albei beduidende voorspellers van uitbranding ten opsigte van al drie die subskale van die MBI.

Die stresshanteringstrategieë wat emosionele uitputting beduidend voorspel het, was 'n kombinasie van losmakingsgedrag, emosionele ontlading, 'n gebrek aan humor en die gebruik van aktiewe stresshanteringsmetodes. Depersonalisasie is beduidend voorspel deur die gesamentlike voorkoms van losmakingsgedrag, 'n gebrek aan positiewe herformulering, emosionele ontlading, 'n gebrek aan geloofsbeoefening, self-afleiding, die afwesigheid van emosionele ondersteuningsoeke en die afwesigheid van ontkenning. Die gesamentlike voorkoms van 'n gebrek aan positiewe herformulering, self-afleiding, 'n gebrek aan humor, selfblamering, 'n gebrek aan beplanning, instrumentele ondersteuningsoeke en losmakingsgedrag, was beduidende voorspellers van verminderde persoonlike bekwaamheid.

Wat die biografiese veranderlikes betref, is die volgende resultate vir die totale steekproef verkry: Ouderdom was 'n beduidende voorspeller van emosionele uitputting en depersonalisasie, maar nie van verminderde persoonlike bekwaamheid nie. Manlike sielkundiges het beduidend meer emosionele uitputting en depersonalisasie ervaar as hulle vroulike kollegas, maar geen beduidende verskil tussen die geslagte is ten opsigte van verminderde persoonlike bekwaamheid bevind nie. Die aantal ure wat per week aan psigoterapeutiese werk met pasiënte/kliënte bestee is, was 'n beduidende positiewe voorspeller van emosionele uitputting, depersonalisasie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid. Die aantal jare wat sielkundiges reeds gepraktiseer het, was slegs 'n beduidende voorspeller van emosionele uitputting, maar nie van depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid nie. Sielkundiges wat 'n psigodinamiese terapeutiese benadering toegepas het, het beduidend meer emosionele uitputting ervaar as diegene wat 'n kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en persoonsgesentreerde terapie gebruik het. In vergelyking met 'n narratiewe benadering, het die toepassing van 'n sisteembenadering tot beduidend minder gevoelens van persoonlike bekwaamheid by sielkundiges gelei. Geen beduidende verskille ten opsigte van sielkundiges wat getroud, geskei of nooit getroud was, is ten opsigte van enige van die drie MBI-subskaalteellings gevind nie. Die ervaring van probleme met die vereffening van rekening deur mediese fondse was 'n beduidende voorspeller van uitbranding ten opsigte van al drie die MBI-subskale. Die ervaring van probleme met oninbare skulde was egter 'n beduidende voorspeller van 'n afname in depersonalisasie, maar nie van emosionele uitputting of verminderde persoonlike bekwaamheid nie.



## ABSTRACT

The primary aim of this study was to determine the relationship between stress (as manifested in anxiety and depression), coping strategies and burnout in South African clinical and counselling psychologists. The degrees of anxiety and depression, as well as the levels of burnout and types of coping strategies that psychologists used, were examined firstly. This was followed by an investigation into the coping strategies that correlated with anxiety and depression respectively. Stepwise multiple regression analyses were performed to complete this task. The relationship between anxiety and burnout, as well as between depression and burnout, were examined, using linear regression analyses. An investigation into the coping strategies that correlated with burnout was also performed, using stepwise multiple regression analyses. Finally, the influence of various biographical variables on burnout was determined, making use of linear regression analyses, t-tests, one-way analyses of variance and Tukey tests.

The study was conducted with the aid of the internet, which involved the mailing of an explanatory letter to a stratified, randomly selected sample of a thousand psychologists, requesting the recipients to visit a web page and complete five questionnaires electronically. The test battery consisted of the following: A biographical questionnaire; the *Beck Depression Inventory* (BDI), which was used to determine the presence of depression; the *Maslach Burnout Inventory* (MBI), to examine the levels of burnout; the S-scale of the *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), which was used to measure anxiety; and the *Brief Coping Orientations to Problems Experienced* (Brief COPE), for the measurement of fourteen different coping strategies. A total of 238 registered psychologists (representing a response rate of 23.8%) participated in the study.

Results indicated that 134 (56.3%) psychologists experienced above-average levels of anxiety, while 129 (54.2%) were at least mildly depressed. Regarding the three components of burnout, 72 (30.25%) and 64 (26.89%) experienced high and moderate levels of emotional exhaustion respectively, 49 (20.59%) and 65 (27.31%) experienced high and moderate levels of depersonalization respectively, while 68 (28.57%) and 84 (35.29%) reported strong and moderate feelings of reduced personal accomplishment respectively. Participants made use of all 14 coping strategies, as measured by the Brief COPE, but the coping strategy of active coping was used mostly, while behavioural disengagement was used the least.

A combination of the coping strategies of self-blame, behavioural disengagement, denial, a lack of humour, self-distraction, a lack of acceptance of the reality of the stressful situation, venting and substance use, was a significant predictor of high levels of anxiety. A combination of substance use, self-blame, self-distraction, denial, and a lack of seeking instrumental support, contributed



significantly to the prediction of depression. The participants' levels of anxiety and depression, respectively, were both significant predictors of burnout, as measured on all three MBI subscales.

Emotional exhaustion was significantly predicted by the combination of behavioural disengagement, venting, a lack of humour, and active coping, while a combination of behavioural disengagement, a lack of positive reframing, venting, a lack of religious involvement, self-distraction, the absence of emotional support seeking, and the absence of denial, significantly predicted depersonalization. The combination of a lack of the use of positive reinterpretation, self-distraction, a lack of humour, self-blame, a lack of planning, seeking instrumental support, and behavioural disengagement, significantly predicted feelings of reduced personal accomplishment.

Regarding biographical variables, the following results were obtained: Age was a significant predictor of emotional exhaustion and depersonalization, but not of feelings of reduced personal accomplishment. Male psychologists experienced significantly more emotional exhaustion and depersonalization than their female counterparts, but no significant difference between the sexes was found for reduced personal accomplishment. The number of hours per week spent in conducting psychotherapy with patients/clients was a significant positive predictor of emotional exhaustion, depersonalization and feelings of personal accomplishment. The number of years in practice only contributed significantly to the prediction of emotional exhaustion, but not to the prediction of depersonalization or feelings of reduced personal accomplishment. Participants who followed a psychodynamic therapeutic approach experienced significantly more emotional exhaustion than those who used a combination of cognitive behavioural therapy and person-centered therapy. When comparing the systemic and narrative approaches, the former contributed more significantly to feelings of reduced personal accomplishment in psychologists. No significant differences regarding scores on any of the three MBI subscales were found between participants who were married, divorced, or had never been married. Experiencing difficulties with the settlement of accounts by medical aid schemes was a significant predictor of burnout, with respect to all three MBI subscales. Having difficulties with bad debts, however, contributed significantly to the prediction of a decrease in depersonalization, but not to the prediction of emotional exhaustion or reduced personal accomplishment.

Finansiële bystand deur die Nasionale Navorsingstigting (NNS) word hiermee erken. Menings in hierdie werk uitgespreek of gevolgtrekkings wat gemaak is, is dié van die outeur en moet nie noodwendig beskou word as dié van die NNS nie.

## ERKENNINGS

Graag wil ek my dank en opregte waardering teenoor die volgende persone uitspreek:

- Dr. Judora Spangenberg, vir haar uitstekende en kundige studieleiding, insig, geduld, aanmoediging en inspirerende idees.
- Mnr. Henry Steel, vir sy beskikbaarheid en kundige advies met die statistiese verwerking van die data.
- My vriende en kollegas, vir hulle belangstelling, begrip, geduld en ondersteuning.
- Alle kliniese en voorligtingsielkundiges wat aan die studie deelgeneem het, asook vir hulle opbouende terugvoer en entoesiasme aangaande die studie.
- My gesin, vir hulle belangstelling, motivering en ondersteuning.
- Timo Stehmann, vir sy onbaatsugtige ondersteuning, hulp met die opstel van die webbladsy, rekenaarverwerkings en drukwerk. Sonder sy kennis, oneindige geduld en emosionele ondersteuning sou hierdie internet-gebaseerde studie beslis nie moontlik gewees het nie.



*Do not believe that he who seeks to comfort you  
lives untroubled among the simple and quiet words  
that sometimes do you good. His life has much  
difficulty and sorrow. Were it otherwise, he  
would never have been able to find those words.*

*- Rainer Maria Rilke -*

## **INHOUDSOPGAWE**

	<b>Pagina</b>
<b>OPSOMMING</b>	iii
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>ERKENNINGS</b>	viii
<b>LYS VAN TABELLE</b>	xvi
<b>LYS VAN FIGURE</b>	xx
<b>HOOFSTUK I: INLEIDING EN MOTIVERING VIR DIE ONDERSOEK</b>	
1. INLEIDING	1
2. MOTIVERING VIR DIE ONDERSOEK	2
<b>HOOFSTUK II: LITERATUUROORSIG</b>	
1. INLEIDING	4
2. STRES	4
2.1. Die begrip stres	4
2.2. Depressie en angs as manifestasies van stres	8
2.3. Aanduidings van stres by sielkundiges	8
3. STRESHANTERING EN STRESHANTERINGSTRATEGIEË	11
3.1. Die begrip streshantering	11
3.2. Die rol van kognitiewe beoordeling in streshantering	16



3.3. Watter stresmanagementstrategieë gebruik sielkundiges?	16
3.4. Die verband tussen stres (soos gemanifesteer in angs en depressie) en sekere stresmanagementstrategieë	18
<b>4. UITBRANDING</b>	<b>21</b>
4.1. Die begrip uitbranding	21
4.2. Die belangrikste simptome van uitbranding	25
4.3. Voor- en nadele van die konseptualisering van uitbranding	26
4.4. Verskil tussen uitbranding en verwante konsepte	27
4.4.1. Die verskil tussen uitbranding en stres	27
4.4.2. Die verskil tussen uitbranding en depressie	28
4.5. Uitbranding in die hulpverlenende professies	29
4.6. Die verband tussen stres (soos gemanifesteer in angs en depressie) en uitbranding	31
4.7. Stresmanagementstrategieë en uitbranding in die hulpverlenende professies	31
4.8. Die verband tussen biografiese veranderlikes en uitbranding	34
<b>5. SAMEVATTING</b>	<b>39</b>
 <b>HOOFSTUK III: DOELSTELLINGS EN NAVORSINGSVRAE</b>	
1. DOELSTELLINGS	42
2. NAVORSINGSVRAE	42
 <b>HOOFSTUK IV: METODE VAN ONDERSOEK</b>	
1. DEELNEMERS	44
1.1. Steekproeftrekking	44
1.2. Verspreiding van deelnemers	44

2. MEETINSTRUMENTE	50
2.1. Biografiese vraelys	50
2.2. Die Beck Depression Inventory (BDI)	51
2.3. Die Maslach Burnout Inventory (MBI)	52
2.4. Die State-Trait Anxiety Inventory, Vorm Y (STAI)	54
2.5. Die Brief Coping Orientations to Problems Experienced (Brief COPE)	56
3. PROSEDURE	57
4. RESPONSKOERS	58
5. STATISTIESE VERWERKINGS	59
<b>HOOFSTUK V: RESULTATE</b>	
1. INLEIDING	61
2. DIE VOORKOMS VAN ANGS SOOS AANGEDUI DEUR DIE <i>STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY</i> (STAI)	61
3. DIE VOORKOMS VAN DEPRESSIE SOOS AANGEDUI DEUR DIE <i>BECK DEPRESSION INVENTORY</i> (BDI)	62
4. DIE VOORKOMS VAN UITBRANDING SOOS AANGEDUI DEUR DIE <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> (MBI)	63
5. STRESHANTERINGSTRATEGIEË SOOS AANGEDUI DEUR DIE <i>BRIEF COPING ORIENTATIONS TO PROBLEMS EXPERIENCED</i> (BRIEF COPE)	65
6. RESULTATE IN TERME VAN BEANTWOORDING VAN NAVORSINGSVRAE	67
6.1. Die mate van stres, soos gemanifesteer in angs, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom	67



6.2. Die mate van stres, soos gemanifesteer in depressie, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom	67
6.3. Die vlakke van uitbranding (emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid) wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom	67
6.4. Die tipes stres hanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word	68
6.5. Die tipes stres hanteringstrategieë by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges, wat verband hou met ang	68
6.6. Die tipes stres hanteringstrategieë by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges, wat verband hou met depressie	71
6.7. Die verband tussen ang en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges	72
6.8. Die verband tussen depressie en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges	73
6.9. Die tipes stres hanteringstrategieë by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges, wat verband hou met uitbranding	74
6.9.1. Meervoudige regressie-analise met Emosionele Uitputting (EU) as afhanklike veranderlike	75
6.9.2. Meervoudige regressie-analise met Depersonalisasie (DEP) as afhanklike veranderlike	76
6.9.3. Meervoudige regressie met Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) as afhanklike veranderlike	78
6.10. Die invloed van biografiese veranderlikes op uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges	80
6.10.1. Ouderdom	80
6.10.2. Geslag	81
6.10.3. Werkzaamheid in die publieke sektor, opleidingsinstansie of privaatpraktyk	82
6.10.4. Aantal pasiënte/kliënte-ure per week	82
6.10.5. Aantal jare in praktyk	83
6.10.6. Terapeutiese modaliteit	84
6.10.7. Huwelikstatus	87

6.10.8. Probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse	88
6.10.9. Probleme met oninbare skulde	89

## HOOFSTUK VI: BESPREKING

1. INLEIDING	90
2. INTERPRETASIE VAN RESULTATE	90
2.1. Die mate van stres, soos gemanifesteer in angs, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom	90
2.2. Die mate van stres, soos gemanifesteer in depressie, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom	92
2.3. Die vlakke van uitbranding (emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid) wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom	93
2.4. Die tipes stres hanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word	95
2.5. Die tipes stres hanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, wat verband hou met angs	96
2.6. Die tipes stres hanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, wat verband hou met depressie	98
2.7. Die verband tussen angs en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges	99
2.8. Die verband tussen depressie en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges	100
2.9. Die tipes stres hanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, wat verband hou met uitbranding	101
2.10. Die invloed van biografiese veranderlikes op uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges	109
2.10.1. Ouderdom	109
2.10.2. Geslag	110



2.10.3. Werkzaamheid in die publieke sektor, opleidingsinstansie of privaatpraktyk	111
2.10.4. Aantal pasiënte/kliënte-ure per week	112
2.10.5. Aantal jare in praktyk	113
2.10.6. Terapeutiese modaliteit	114
2.10.7. Huwelikstatus	115
2.10.8. Probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse	116
2.10.9. Probleme met oninbare skulde	117
 3. SAMEVATTING	 117
 4. AANBEVELINGS VOORTSPRUITEND UIT DIE HUIDIGE STUDIE	 121
 5. VOORSTELLE VIR VERDERE NAVORSING	 122
 <b>VERWYSINGS</b>	 125
 <b>BYLAE 1:</b> Verduidelikingsbrief aan sielkundige: Afrikaanse weergawe	 146
 <b>BYLAE 2:</b> Verduidelikingsbrief aan sielkundige: Engelse weergawe	 147
 <b>BYLAE 3:</b> WEBBLADSY MET VRAELYSTE	 148
 DEEL I: Biografiese vraelys	 148
DEEL II: Beck Depression Inventory	149
DEEL III: Maslach Burnout Inventory	151
DEEL IV: State-Trait Anxiety Inventory	153
DEEL V: Brief COPE	154

## LYS VAN TABELLE

	<b>Pagina</b>
TABEL 1:    Verspreiding van Deelnemers volgens Provinsie waarin Woonagtig (N = 238)	45
TABEL 2:    Verspreiding van Deelnemers volgens Geslag (N = 238)	46
TABEL 3:    Verspreiding van Deelnemers volgens Huwelikstatus (N = 238)	46
TABEL 4:    Verspreiding van Deelnemers volgens Ouderdom (N = 238)	47
TABEL 5:    Verspreiding van Deelnemers volgens Sektor waarin Hoofsaaklik Werksaam (N = 238)	47
TABEL 6:    Verspreiding van Deelnemers volgens Aantal Jare in Praktyk (N = 238)	47
TABEL 7:    Verspreiding van Deelnemers volgens Aantal Ure per Week in Kontak met Pasiënte/Kliënte (N = 238)	48
TABEL 8:    Verspreiding van Deelnemers volgens Oorweging om Professie te Verlaat (N = 238)	48
TABEL 9:    Verspreiding van Deelnemers volgens Oorweging om 'n Ander Professie te Kies indien 'n Loopbaankeuse weer Gemaak sou kon word (N = 238)	48
TABEL 10:   Verspreiding van Deelnemers volgens Terapeutiese Modaliteit (N = 238)	49
TABEL 11:   Verspreiding van Deelnemers volgens Mate waarin Probleme met Mediese Fondsuitbetalings Ondervind word (N = 238)	49
TABEL 12:   Verspreiding van Deelnemers volgens Mate waarin Probleme met Oninbare Skulde Ondervind word (N = 238)	50
TABEL 13:   Indeling van die Kategorieë van die S-Skaal van die <i>State-Trait Anxiety                   Inventory</i> (STAI)	55
TABEL 14:   Beskrywende Statistiek van die S-Skaal van die <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI)	56
TABEL 15:   Verspreiding van Tellings op die S-Skaal van die <i>State-Trait Anxiety                   Inventory</i> (STAI)	61



TABEL 16:	Gemiddelde Telling van die Totale Steekproef op die S-Skaal van die <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI)	62
TABEL 17:	Verspreiding van Tellings op die <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	62
TABEL 18:	Gemiddelde Telling van die Totale Steekproef op die <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	63
TABEL 19:	Verspreiding van Tellings op die Frekwensie-Subskaal Emosionele Uitputting (EU) van die <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	63
TABEL 20:	Verspreiding van Tellings op die Frekwensie-Subskaal Depersonalisasie (DEP) van die <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	64
TABEL 21:	Verspreiding van Tellings op die Frekwensie -Subskaal Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) van die <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	64
TABEL 22:	Gemiddelde Tellings en Standaardafwykings van die Totale Steekproef (N = 238) op die MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB)	65
TABEL 23:	Gemiddelde Tellings van die Totale Steekproef (N = 225) in die 14 Kategorieë van Streshanteringstrategieë op die Brief COPE	66
TABEL 24:	Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Selfblamering (COPE 14), Losmakingsgedrag (COPE 7), Ontkenning (COPE 3), Humor (COPE 11), Self-Afleiding (COPE 1), Aanvaarding (COPE 12), Emosionele Ontlading (COPE 8) en Substansgebruik (COPE 4) onderskeidelik, en die STAI-S-Tellings as Afhanklike Veranderlike	69
TABEL 25:	Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Substansgebruik (COPE 4), Selfblamering (COPE 14), Self-Afleiding (COPE 1), Ontkenning (COPE 3) en Instrumentele Ondersteuningsoeke (COPE 6) onderskeidelik, en die BDI-Tellings as Afhanklike Veranderlike	71
TABEL 26:	Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met STAI-S-Tellings as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	73



TABEL 27:	Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met BDI-Tellings as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	74
TABEL 28:	Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Losmakingsgedrag (COPE 7), Emosionele Ontlading (COPE 8), Humor (COPE 11) en Aktiewe Streshantering (COPE 2) onderskeidelik, en die Emosionele Uitputting (EU)-Tellings op die MBI as Afhanklike Veranderlike	75
TABEL 29:	Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Losmakingsgedrag (COPE 7), Positiewe Herformulering (COPE 9), Emosionele Ontlading (COPE 8), Geloof (COPE 13), Self-Afleiding (COPE 1), Emosionele Ondersteuning-Soeke (COPE 5) en Ontkenning (COPE 3) onderskeidelik, en die Depersonalisasie (DEP)-Tellings op die MBI as Afhanklike Veranderlike	77
TABEL 30:	Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Positiewe Herformulering (COPE 9), Self-Afleiding (COPE 1), Humor (COPE 11), Selfblamering (COPE 14), Beplanning (COPE 10), Instrumentele Ondersteuningsoeke (COPE 6) en Losmakingsgedrag (COPE 7) onderskeidelik, en die Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB)-Tellings op die MBI as Afhanklike Veranderlike	79
TABEL 31:	Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Ouderdom as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	81
TABEL 32:	Beduidendheid van Verskille tussen Mans en Vroue ten opsigte van Tellings op elk van die Drie MBI-Subskale	81
TABEL 33:	Beduidendheid van Verskille tussen Werkzaamheid in Privaatpraktyk en Opleidingsinstansie ten opsigte van die Drie MBI-Subskale afsonderlik	82
TABEL 34:	Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met die Aantal Pasiënte/Kliënte-Ure per Week as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-	



Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	83
TABEL 35: Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Aantal Jare in Praktyk as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	84
TABEL 36: Beskrywende Statistiek vir Terapeutiese Modaliteit ten opsigte van Elk van die Drie MBI-Subskale	85
TABEL 37: Beduidendheid van Verskille tussen Terapeutiese Modaliteit-Subgroepe se MBI-Gemiddeldes	86
TABEL 38: Beskrywende Statistiek vir Huwelikstatus ten opsigte van Elk van die Drie MBI-Subskale	87
TABEL 39: Beduidendheid van die Verskille tussen Huwelikstatus-Subgroepe se MBI-Gemiddeldes	87
TABEL 40: Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Probleme met die Vereffening van Rekeninge deur Mediese Fondse as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	88
TABEL 41: Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Oninbare Skulde as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes	89

## LYS VAN FIGURE

### Pagina

FIGUUR 1: Verspreiding van geregistreerde kliniese en voorligtingsielkundiges in Suid-Afrika in 2001.	45
FIGUUR 2: Verspreiding van geregistreerde kliniese en voorligtingsielkundiges wat aan die huidige studie deelgeneem het.	46



# HOOFSTUK I

## INLEIDING EN MOTIVERING VIR DIE ONDERSOEK

### 1. INLEIDING

Alle werk is in 'n mate stresverwant. Werk wat te make het met die mensgerigte professies deel baie van die stressors van ander beroepe, maar daar is ook stressors wat uniek is aan werk met pasiënte/kliënte. Hierdie spesiale stressors en resulterende spanning spruit uit die intense betrokkenheid by andere. Hierdie betrokkenheid, wat omgee, toewyding en empatiese ondersteuning vereis, maak sielkundiges onderhewig aan 'n spesiale tipe stres, waarna in sy uiterste vorm verwys word as "uitbranding" (Koeske, Kirk, & Koeske, 1993). Uitbranding is die bekendste stresverwante sindroom wat professionele werkers beïnvloed (Farber, 1983) en die mees algemene persoonlike gevolg van die beoefening van psigoterapie (Kottler, 1987). Die manifestasies van uitbranding kan ernstige en diepgaande gevolge vir verbruikers, sowel as professionele persone, inhou. Uitbranding kan tot 'n agteruitgang in die kwaliteit van professioneel-gelewerde dienste lei. Kortom word uitbranding geassosieer met verswakkende invloede op professionele persone se lewens (Huebner, 1993). Daar word selfs gesê dat die gemiddelde sielkundige 'n produktiewe professionele lewensduur van slegs tien jaar het (Grosch & Olsen, 1994).

Emosionele uitputting (Radeke & Mahoney, 2000), moegheid (Mahoney, 1997), probleme met interpersoonlike verhoudings (Mahoney, 1997; Thoreson, Miller, & Krauskopf, 1989), gevoelens van isolasie (Guy, 1987; Mahoney, 1997; Thoreson et al., 1989), ontnugtering aangaande die professie (Mahoney, 1997), angs (Mahoney, 1997; Radeke & Mahoney, 2000), depressie (Gilroy, Carroll, & Murra, 2001; Grosch & Olsen, 1994; Mahoney, 1997; Pope & Tabachnick, 1994; Radeke & Mahoney, 2000; Thoreson et al., 1989), alkoholmisbruik (Elman & Dowd, 1997; Grosch & Olsen, 1994; Guy, 1987; Thoreson et al., 1989) en selfmoordneigings (Guy, 1987; Jones, 1992; Lester, 1989; Pope & Tabachnick, 1994) is ook algemene probleme wat, as gevolg van uitbranding, deur sielkundiges ervaar word. Sielkundiges wat oorweldig word deur persoonlike probleme, is tipies nie daartoe in staat om hulle vaardighede effektief te benut nie en hul terapeutiese effektiwiteit kan gevolglik hieronder ly (Sherman & Thelen, 1998).

Volgehoue navorsing aangaande die ervaringe en korrelate van uitbranding is uiters noodsaaklik ten einde 'n beter begrip van uitbranding en verbeterde strategieë vir die voorkoming en vermindering van die insidensie daarvan by sielkundiges en ander mensgerigte diensleweransiers



te ontwikkel. Sodanige navorsing hou direkte relevansie in vir hul psigiese en liggaamlike gesondheid en welsyn, en indirekte relevansie vir die kwaliteit van versorging wat hulle aan pasiënte/kliënte voorsien (Vredenburg, Carlozzi, & Stein, 1999).

In hulle studie van goeie funksionering by professionele sielkundiges, het Coster en Schwebel (1997) gesuggereer dat die probleem van professionele belemmering nie by 'n gebrek aan professionele vaardighede lê nie, maar wel by onvoldoende stresshanteringstrategieë. Daarom is navorsing oor die hanteringsstrategieë wat deur sielkundiges gebruik word om stres te hanteer en gevolglike uitbranding te verhoed, van kardinale belang.

## **2. MOTIVERING VIR DIE ONDERSOEK**

Uit bestaande navorsingsliteratuur, wat volledig in Hoofstuk II uiteengesit sal word, het die volgende aan die lig gekom:

- Sielkundiges in die praktyk word op 'n gereelde basis aan stresvolle werksomstandighede blootgestel, wat professionele belemmering tot gevolg kan hê.
- Effektiewe hantering van hierdie stressors sal tot 'n hoër vlak van fisiese en geestesgesondheid by die sielkundige kan lei, wat 'n verbetering in die kwaliteit van dienslewering aan pasiënte/kliënte tot gevolg sal hê.
- Uitbranding is een van die belangrikste gevolge van ondoeltreffende stresshantering.
- Daar bestaan geen vorige Suid-Afrikaanse navorsing oor die verband tussen stresshanteringsstrategieë en uitbranding by kliniese en voorligtingsielkundiges spesifiek nie.

Die huidige studie is dus om verskeie redes belangrik:

- Aangesien kliniese en voorligtingsielkundiges gewoonlik die meeste psigoterapeutiese werk verrig, is dit noodsaaklik dat hierdie groep professionele persone sielkundig gesond bly, ten einde optimale dienste aan kliënte/pasiënte te kan lewer.
- 'n Bewustheid van die verband tussen stres, stresshanteringsstrategieë en uitbranding by sielkundiges, kan tot die meer effektiewe hantering van stres en die vroegtydige herkenning van uitbranding lei. Moontlike gevolge van professionele belemmering en onetiese gedrag, voortspruitend uit die ervaring van stres en uitbranding, sal gevolglik verhoed kan word.
- Die resultate van hierdie studie sal ook na professionele persone in ander mensgerigte beroepe geëkstrapoleer kan word.

- Die bevindings sal van waarde kan wees vir die ontwerp van 'n opleidingsprogram vir praktiserende kliniese en voorligtingsielkundiges, wat die hantering van stres en voorkoming van uitbranding aanspreek.
- Leemtes in die literatuur, veral ten opsigte van die Suid-Afrikaanse konteks, kan deur 'n verkennende ondersoek aangevul word.



## HOOFSTUK II

### LITERATUUROORSIG

#### 1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal aandag gegee word aan die kernbegrippe stres, streshantering en uitbranding.

Die relevansie van hierdie begrippe ten opsigte van die huidige studie sal in elke onderafdeling bespreek word.

#### 2. STRES

##### 2.1 Die begrip stres

Alhoewel stres 'n wyd bestudeerde onderwerp is, kon navorsers nog nie konsensus bereik ten opsigte van die definiëring van die konsep stres nie. Verskillende mense heg verskillende betekenisse aan die woord "stres", wat die definiëring daarvan ernstig bemoeilik (Selye, 1974). Hoewel hierdie gebrek aan ooreenstemming deur sommige navorsers as aanduidend ten opsigte van 'n paradigma-krisis beskou word, reflekteer hierdie gebrek aan konsensus eerder die vinnige uitbreiding van stresnavorsing in baie uiteenlopende rigtings en mag dit bevorderend wees vir die opstel van toekomstige teoretiese raamwerke (Breznitz & Goldberger, 1993). Die toepassing van die streskonsep op verskeie gebiede, soos dié van die mediese, gedrags- en sosiale wetenskappe, veroorsaak verdere teenstrydighede in die manier waarop stres beskou word. Stres word deur verskeie dissiplines vanuit verskeie perspektiewe benader, wat tot gevolg het dat daar verskillende modelle as riglyne vir die illustrasie van die streskonsep bestaan (Sutherland & Cooper, 1990). Die meeste definisies van stres val egter binne een van drie kategorieë, naamlik (1) stres as 'n stimulus, (2) stres as 'n respons, en (3) stres as 'n stimulus-respons-interaksie (Maslach, 1986).

Stimulusdefinisies fokus op gebeurtenisse in die omgewing (Lazarus & Folkman, 1984). Hiervolgens word stres beskou as 'n eienskap van die omgewing, wat 'n steurende of ontwrigtende invloed op die individu uitoefen (Maslach, 1986). In hierdie benadering dien stres as 'n onafhanklike veranderlike (Cox, 1978; Sutherland & Cooper, 1990). Stres sluit verder ook toestande in wat binne die individu ontstaan, waarvan die dryfstimuli, soos honger en seks, voorbeelde is (Lazarus & Folkman, 1984). Hierdie definisie word hoofsaaklik gekritiseer op grond



van sy gebrek aan beskrywing van individuele verskille tussen mense (Cox, 1978; Sutherland & Cooper, 1990). Twee individue wat aan dieselfde situasie blootgestel word, mag totaal verskillend daarop reageer. Stellings aangaande stresvolle omgewingsituasies wat in hierdie konteks gemaak word, maak noodwendig staat op normatiewe data. Daar ontstaan derhalwe 'n probleem wanneer 'n situasie deur die meeste mense, maar nie deur almal nie, as stresvol ervaar word (Cox, 1978; Lazarus & Folkman, 1984). Volgens Lazarus (1966) bestaan daar geen objektiewe kriteria om 'n situasie as stresvol te bestempel nie - slegs die persoon wat die stresvolle situasie beleef, is in staat daartoe om dit as stresvol te beskryf.

In teenstelling met die stimulus-definisie van stres, beskou die respons-definisie stres in terme van die afhanklike veranderlike (dit is 'n reaksie op steurende stimuli). Die hoofkonseptuele domein is dus die manifestasie van stres (Sutherland & Cooper, 1990). Hiervolgens word stres beskou as 'n patroon van fisiologiese en sielkundige reaksies, wat deur 'n persoon wat onder groot druk van 'n disfunksionele omgewing verkeer, ervaar word. Stres is dus 'n interne reaksie op eksterne stressors (Maslach, 1986). Dit is in hierdie definisie waar stresterminologie sy oorsprong het.

Die term stres is, volgens Lumsden (aangehaal in Lazarus, 1999), reeds sedert die veertiende eeu in gebruik, maar stresterminologie is waarskynlik eers deur Cannon (aangehaal in Rice, 1992) aan die wetenskaplike gemeenskap voorgestel. Cannon se bydrae handel oor die begrip van "homeostase", wat na die interne toestand van balans binne 'n organisme verwys, terwyl "stres" na die reaksies wat 'n ineenstorting van die homeostatiese meganismes teweegbring, verwys (Maslach, 1986). 'n Verdere belangrike bydrae deur Cannon is sy beskrywing van die sogenaamde "veg-of-vlug-reaksie", wat dui op 'n organisme se meganismes van voorbereiding op 'n noodtoestand (Rice, 1992).

Dit is egter Hans Selye se werk van die 1930's en 1940's wat werklik die begin van 'n respons-gebaseerde benadering tot die bestudering van stres aangedui het (Sutherland & Cooper, 1990). Selye (1956, 1974) het verder voortgebou op Cannon se werk, deur stres te definieer as "die nie-spesifieke reaksie van die liggaam op enige eise wat daaraan gestel word". Hierdie eise word as "stressors" beskou. Selye (1956) het hierdie nie-spesifieke respons in die vorm van die driefasige *Algemene Aanpassingsindroom* (GAS) gekonseptualiseer: Die eerste fase is die sogenaamde *alarmreaksie*, wat 'n verskeidenheid biochemiese liggaamsveranderinge tot gevolg het; die tweede fase is *weerstand*, wanneer die liggaam na 'n toestand van balans probeer terugkeer; en die finale stadium is *uitputting*, wat voorkom wanneer die energie om die stressor te weerstaan, opgebruik word.



Die respons-gebaseerde benadering se gewildheid het egter ook afgeneem met die groeiende getuigenis dat die stresreaksie veranderlik, eerder as vasgestel of onveranderlik, is. Soos by die stimulusdefinisie, is daar by die responsdefinisie ook nie duidelikheid oor individuele verskille nie (Cox, 1978; Lazarus, 1999). Kognitiewe faktore word ook buite rekening gelaat (Schafer, 1992). Volgens McGrath (aangehaal in Cox, 1978) kan dieselfde respons byvoorbeeld ontlok word deur verskillende situasies, alhoewel nie al hierdie situasies noodwendig as stresvol beskou kan word nie. Stres word dus in terme van uitkoms uitgebeeld, en verhinder die moontlikheid van die toekomstige identifisering van die oorsake van stres, aangesien daar vir die uitkoms gewag moet word alvorens daar sekerheid bestaan wanneer stres sal voorkom (Hobfoll, 1989). Die stres-stimulus word hoofsaaklik gedefinieer deur die feit dat daar 'n stresrespons voorkom, en die stres-respons word weer gedefinieer deur terug te verwys na die stimulus wat die respons in die eerste plek veroorsaak het. 'n Sirkulêre en toutologiese vorm van redenering vind dus hier plaas (Lazarus, 1999).

Vanweë die tekortkominge in die stimulus- sowel as die responsdefinisies tot stres, bied 'n kombinasie van beide die bogenoemde twee modelle die beste alternatief tot die inagneming van individuele verskille ten opsigte van stres (Cox, 1978). Die derde benadering tot stres, die sogenaamde interaksionele/transaksionele model, definieer stres as die gevolg van die interaksie tussen omgewingstimuli en individuele response (Lazarus & Folkman, 1984; Maslach, 1986). Stres is 'n spesifieke verwantskap tussen die persoon en die omgewing, wat deur die persoon as veeleisend ten opsigte van sy hulpbronne geëvalueer word. Verder word stres ook ervaar as 'n gevaar vir die persoon se welsyn (Lazarus & Folkman, 1984). Hierdie benadering beklemtoon tussenkomende sielkundige prosesse, soos persepsie en kognitiewe evaluering. Stres ontstaan slegs wanneer die persoon 'n eksterne eis ervaar wat sy vermoë om dit te hanteer, oorskry. Die individu se persoonlike evaluasie van die aard van die eis, die beskikbare hulpbronne en persoonlike vaardighede, asook van die voorgestelde uitkomst, sal die streservaring bepaal (Maslach, 1986). Die eienskappe van die persoon self word dus ook in ag geneem (Lazarus & Folkman, 1984), deurdat 'n stresvolle situasie, plus 'n kwesbare persoon, benodig word om 'n stresreaksie te genereer (Lazarus, 1999).

Volgens Sutherland en Cooper (1990) is daar, binne hierdie voorgestelde raamwerk, vyf kwessies wat in ag geneem word:

1. *Kognitiewe beoordeling*: Stres is 'n subjektiewe ervaring wat afhanklik is van die persepsie van die situasie.
2. *Ervaring*: Die manier waarop 'n situasie of gebeurtenis beskou word, hang af van die vertrouwdheid met die situasie, vorige blootstelling, leer en opleiding.



3. *Druk*: Eise of druk is die produk van die werklike druk, persepsie van druk, waargenome vermoë en werklike vermoë. Behoeftes, wense en onmiddellike opwekkingsvlak beïnvloed almal die wyse waarop druk beskou word.
4. *Interpersoonlike invloed*: Die teenwoordigheid of afwesigheid van andere - met ander woorde, agtergrond en situasionele invloede - beïnvloed die subjektiewe ervaring van stres, die reaksie daarop en daaropvolgende hanteringsgedrag. Hierdie ervaring, reaksie en gedrag kan positief of negatief van aard wees.
5. *'n Toestand van stres*: Dit verwys na die wanbalans tussen die waargenome druk en die persoon se persepsie van sy vermoë om dit te hanteer.

Die transaksionele model bied verskeie implikasies: Eerstens kan dieselfde omgewingsgebeurtenis deur een persoon as stresvol beskou word, terwyl 'n ander persoon dit nie as stresvol ervaar nie. Dit suggereer dat die meeste eksterne stimuli nie in die absolute sin as stresvol gedefinieer kan word nie. Dit is eerder die persoonlike kognitiewe evaluering waardeur die gebeurtenis by een geleentheid as stresvol en by 'n ander geleentheid nie as sodanig geïnterpreteer sal word nie. Tweedens is dit moontlik dat dieselfde persoon by een geleentheid 'n gebeurtenis as stresvol sal interpreteer, maar nie by 'n ander nie. Dit kan wees as gevolg van veranderinge in fisiese of sielkundige toestande. Die persoon kan fisies ontspanne voel by een geleentheid, maar gespanne en moeg by 'n ander. Emosionele en motiverende toestande varieer met tyd, wat ook die evalueringsproses kan beïnvloed (Rice, 1992).

Alhoewel hierdie model duidelike riglyne bied vir die bestudering en verligting van stres (Cox, 1978), is die hoofnadeel van hierdie benadering die aanname dat situasies *staties* is (Sutherland & Cooper, 1990). In werklikheid is reaksies op stres en stressor-situasies *dinamiese* prosesse (Lazarus & Folkman, 1984). Hierdie model is egter baie bruikbaar waar sekere persoonlikheidstrekke relatief stabiel is (Sutherland & Cooper, 1990).

Die transaksionele model van stres word sterk deur Hobfoll (1989) gekritiseer. Hy is eerstens van mening dat hierdie model toutologies is, in dié opsig dat eise en hanteringskapasiteit nie apart gedefinieer kan word nie. 'n Gebeurtenis word as veeleisend, al dan nie, beskou op grond van 'n persoon se kapasiteit om dit te hanteer. Die toereikendheid van hanteringskapasiteit is, daarenteen, weer afhanklik van die veeleisende gebeurtenis. Hierdie redenasie is dus sirkulêr van aard en ontstaan as gevolg van die oorbeklemtoning van persepsie. Om die bogenoemde model te vervang, het Hobfoll (1998) 'n alternatiewe stresmodel voorgestel, naamlik die *model van bewaring van bronne*. Hiervolgens beskik die mens oor verskeie bronne, naamlik *objekbronne* (byvoorbeeld 'n huis of sakeonderneming), *toestandbronne* (byvoorbeeld 'n huwelik, senioriteit en mag), *persoonlike eienskappe* (byvoorbeeld selfbeeld) en *energie* (byvoorbeeld tyd, geld en kennis).



Stres ontstaan wanneer (1) daar 'n waargenome gevaar bestaan om een of meer van hierdie bronne te verloor, (2) die bronne in werklikheid verloor word, of (3) geïnvesteerde bronne nie op 'n voldoende wyse bereik kan word nie. In hierdie model speel die konsep van verlies dus 'n belangrike rol.

Alhoewel besprekings wat oor stres handel, dikwels die negatiewe eienskappe daarvan beklemtoon, bestaan daar egter ook 'n positiewe sy (Maslach, 1986). Eksterne eise kan as uitdagings, eerder as bedreigings, beskou word, en kan kreatiwiteit stimuleer, prestasie verbeter (Maslach, 1986), asook gesondheid bevorder (Lazarus, 1999). Hierdie onderskeid tussen die positiewe en negatiewe aspekte van stres is alreeds in 1974 deur Selye voorgestel, wat na die destruktiewe aspekte as "distress", en die konstruktiewe aspekte as "eustress" verwys het.

## **2.2 Depressie en angs as manifestasies van stres**

Die ervaring van stres gaan gepaard met verskeie emosies, waarvan angs deel uitmaak. Ander sogenaamde "stres-emosies" is woede, skuldgevoel, vrees, jaloesie en selfs positiewe gevoelens, soos trots, liefde en dankbaarheid (Lazarus, 1999). Die konsep van 'n stresrespons het duidelike ooreenkomste met angs (Lovibond & Lovibond, 1995) en laasgenoemde het reeds sinoniem met definisies van stres geword (Derogatis & Coons, 1993). Stres is ook 'n bydraende faktor tot ander sielkundige versteurings soos depressie (House, 1981). Volgens Wheaton (1996) dui gevoelens van angs en depressie op die teenwoordigheid van sielkundige stres. Metings van beide angs (Derogatis & Coons, 1993; Somhlaba, 2002; Spangenberg & Campbell, 1999; Spangenberg & Theron, 1999, 2001; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) en depressie (Derogatis & Coons, 1993; Somhlaba, 2002; Spangenberg & Lacock, 2001; Spangenberg & Theron, 2001; Wamsley, 1996) is reeds in verskeie vorige ondersoeke aanvaar as aanduidings van die emosionele manifestasies van stres.

## **2.3 Aanduidings van stres by sielkundiges**

Volgens 'n oorsig deur Cushway, Tyler en Nolan (1996) is die gevolge van werkverwante stres onder meer: verminderde werksbevreëdiging, swak verskaffing van gesondheidsdienste, afwesigheid uit die werk, geestesgesondheidsprobleme, selfmoord en stresverwante siektes. Die meeste navorsing aangaande die gevolge van blootstelling aan werkverwante stres is rondom die verpleegkundige en mediese professies gesentreer (Cushway et al., 1996). Volgens Jones (aangehaal in Cushway et al., 1996) is daar relatief min studies oor stres in die geestesgesondheidsprofessies gerapporteer, aangesien hul werk as minder sigbaar beskou word. Daar bestaan egter groeiende getuienis vir die teenwoordigheid van spesifieke kwesbaarhede en



stresfaktore by persone in die geestesgesondheidsprofessies (Coster & Schwebel, 1997; Cushway & Tyler, 1996; Rabin, Feldman, & Kaplan, 1999). Dit blyk dat spesifiek sielkundiges wat werkzaam is in die praktyk, op 'n gereelde basis aan stresvolle omstandighede blootgestel word (Coster & Schwebel, 1997; Murtagh & Wollersheim, 1997).

Oor die kwessie van sielkundiges wat self psigoterapie ondergaan, is reeds wyd in die literatuur gerapporteer (Gilroy et al., 2001; Mahoney, 1997; Pope & Tabachnick, 1994). Resultate gebaseer op 'n studie van psigoterapeute, het aangedui dat 87.7% van die respondente reeds voorheen persoonlike psigoterapie ondergaan het, terwyl meer as 'n derde gerapporteer het dat hulle binne die bestek van die voorafgaande jaar psigoterapie ontvang het. Ongeveer 'n derde het ook aangedui dat hulle episodes van angs en depressie gedurende die voorafgaande jaar ervaar het (Mahoney, 1997). Dit stem ooreen met die studie van Pope en Tabachnick (1994), waarin bevind is dat 84% van die deelnemende sielkundiges reeds terapie ondergaan het, 29% selfmoordneigings geopenbaar het, en 61% kliniese depressie gerapporteer het. 'n Studie van vroue-psigoterapeute het simptome van depressie by 76% van die steekproef uitgewys, terwyl 85% aangedui het dat hulle voorheen persoonlike terapie ondergaan het (Gilroy et al., 2001). Resultate van 'n studie waarin die persoonlike lewens van psigoterapeute en navorsingsielkundiges met mekaar vergelyk is, het beduidende hoër vlakke van emosionele uitputting, angs en depressie by psigoterapeute aangetoon. Die waarskynlikheid vir psigoterapeute om 'n pasiënt/kliënt in persoonlike terapie te gewees het, was ook beduidend hoër as vir navorsingsielkundiges (Radeke & Mahoney, 2000). Sussman (1995) het verder gemeld dat daar verskeie aanduidings van geestesgesondheidsprobleme by psigoterapeute in die VSA bestaan. Dit is derhalwe belangrik om te bepaal in watter mate werkverwante stres tot sielkundige probleme by die terapeut aanleiding gee.

Guy en Liaboe (1986) het die mening uitgespreek dat die interpersoonlike funksionering van sielkundiges met verloop van tyd beduidend negatief of positief beïnvloed kan word deur hul werk as beoefenaars van psigoterapie. Dit is belangrik om te verstaan watter invloed die kliniese praktyk op sielkundiges uitoefen. Bewustheid en insig sal sielkundiges toelaat om die stressors wat betrokke is by terapeutiese hulpverlening, beter te verstaan en te herken (Murtagh & Wollersheim, 1997).

Hellman, Morrison en Abramowitz (aangehaal in Cushway et al., 1996) het vyf stresfaktore geïdentifiseer wat met die terapeutiese rol van psigoterapeute wat in die publieke en privaatsektore werk, geassosieer word: (1) die instandhouding van die terapeutiese verhouding, (2) skedulering, (3) professionele twyfel, (4) oorbetrokkenheid by die werk, en (5) persoonlike uitputting. Psigoterapeute wat slegs in die privaatpraktyk betrokke is, word met ander tipes stressors



gekonfronteer as dié in die publieke sektor. Volgens Nash, Norcross en Prochaska (aangehaal in Cushway & Tyler, 1996) sluit stressors wat geassosieer word met privaatpraktyk, aspekte in soos tydsdruk, ekonomiese onsekerheid, onsekerhede rakende gevallelading en finansiële aspekte. Bronne van stres geassosieer met werksaamheid in die publieke sektor behels onder meer werksdruk, gebrek aan hulpbronne, konflik in verhoudings met ander professionele persone, en swak organisatoriese kommunikasie en bestuur. 'n Faktor wat egter die grootste hoeveelheid stres by kliniese sielkundiges veroorsaak, is dié van professionele selftwyfel (Cushway & Tyler, 1996).

Nie alleen is daar genoegsame getuienis vir die teenwoordigheid van stresverwante problematiek by sielkundiges in die praktyk nie (Cushway & Tyler, 1996; Guy & Liaboe, 1986; Murtagh & Wollersheim, 1997; Schoup, 1995), maar is daar by sielkundiges in opleiding reeds sielkundige problematiek te bespeur (Cushway, 1992; Zemirah, 2000). In 'n studie wat deur Cushway (1992) uitgevoer is met die *General Health Questionnaire* (GHQ) van Goldberg (1978) as meetinstrument, is bevind dat 59% van sielkundiges in opleiding, sielkundige problematiek ervaar het. Hierdie persentasie is hoër as dié van 29.4% in 'n studie van Cushway en Tyler (1994) en 40% in 'n latere studie (Cushway et al., 1996) by gekwalifiseerde sielkundiges, wat suggereer dat stresvlakke 'n piek bereik tydens kliniese opleiding (Cushway & Tyler, 1996). Dit is duidelik dat, wanneer die vraag "In watter mate voel u dat u onder stres verkeer as gevolg van u beroep?", gevra is, 'n kwart van die deelnemers (gekwalfiseerde sielkundiges sowel as dié in opleiding) hulleself as "onder baie stres" en die helfte hulleself as "onder matige stres" beskryf het (Cushway & Tyler, 1996).

Psigoterapeute ervaar hul persoonlike lewens as minder bevredigend wanneer hulle te doen kry met stresvolle lewensgebeure. Dieselfde geld ook vir professionele satisfaksie. Sodanige terapeute rapporteer ook meer gekanselleerde, laat en vergete terapisessies. Hul vermoë om voldoende te funksioneer in terme van sekere basiese rolvereistes mag derhalwe benadeel word wanneer beduidende werkstres ervaar word. Meer subtiele vereistes van die terapeut se werk, soos die toon van empatie, mag eweneens beïnvloed word. Dit is dus duidelik dat 'n psigoterapeut wat stres ervaar, se werk wel belemmer word (Sherman & Thelen, 1998). 'n Studie deur Pope, Tabachnick en Keith-Spiegel (aangehaal in Kramen-Kahn & Hansen, 1998), het getoon dat bykans 60% van responderende sielkundiges erken het dat hulle, terwyl hulle gewerk het, terselfdertyd te veel probleme ervaar het om effektief te funksioneer. Volgens Roswell (aangehaal in Sherman & Thelen, 1998) is regsgedinge waar wanpraktyke onder sielkundiges ter sprake is, ook meer algemeen wanneer stres ervaar word. Professionele belemmering is 'n belangrike kwelpunt vir beide die professie van die sielkunde, sowel as die publiek aan wie dit 'n diens moet lewer (Good, Thoreson, & Shaughnessy, 1995). Verder is daar groeiende kommer oor die etiese kwessies verbonde aan werkverswakking by sielkundiges (Skorupa & Agresti, 1993). As gevolg van hierdie gereelde blootstelling aan stresvolle gebeurtenisse by die werk, is effektiewe strategieë om die



uitwerking van stres te verminder, derhalwe noodsaaklik. Sodoende sal uitbranding verhoed word en die kwaliteit van dienslewering deur sielkundiges in stand gehou word (Murtagh & Wollersheim, 1997).

### 3. STRESHANTERING EN STRESHANTERINGSTRATEGIEË

#### 3.1 Die begrip streshantering

Streshantering het te make met die manier waarop mense stresvolle lewensgebeurtenisse verwerk (Lazarus, 1999) en is 'n onderwerp waaroor daar reeds uitgebreide navorsingsliteratuur bestaan. Vroeëre benaderings tot streshantering het twee modelle beklemtoon, naamlik diereksperimentering en psigoanalitiese ego-sielkunde. Eersgenoemde het gefokus op die konsep van dryfkrag, opwekking of aktivering en is gewoonlik gedefinieer as aksies wat aversiewe omgewingstoestande beheer. Die klem lê op vermydings- en ontvlugtingsgedrag. Hierdie model word as simplisties en eendimensioneel beskou (Lazarus & Folkman, 1991). Die tweede model fokus hoofsaaklik op kognisie. Streshanteringsisteme wat op hierdie model gebaseer is, bestaan gewoonlik uit 'n hiërargie van strategieë wat vanaf onvolwasse en primitiewe, tot meer volwasse en gevorderde meganismes progresseer (Lazarus & Folkman, 1984). Die hoof funksies van ego-prosesse is verdedigend (om die realiteit te verdraai) en emosie-gerig (om stres te verlig) (Moos & Schaefer, 1993). Navorsingsbenaderings wat op die ego-sielkunde-model gebaseer is, neig om eerder streshanteringstyle en -trekke as -prosesse te assesseer (Lazarus & Folkman, 1984). Eersgenoemde benadering word dikwels gebruik deur navorsers wat in persoonlikheidstudies geïnteresseer is, met die aanname dat dieselfde tipe streshanteringstrategie in die meeste stresvolle situasies gebruik sal word (Monat & Lazarus, 1991). Die belangrikste tekortkoming van die trek/styl-benadering is dat dit nie streshantering binne verskillende kontekste en tye in ag neem nie (Lazarus, 1999).

In die meer onlangse *proses*-georiënteerde teorieë is streshantering egter gedefinieer as voortdurend-veranderende kognitiewe en gedragspogings om spesifieke eksterne of interne eise, wat deur die individu as veeleisend beoordeel word en sy/haar emosionele reserwes oorskry, te hanteer (Lazarus & Folkman, 1984). Hierdie definisie is deur Lazarus (1993) vereenvoudig deur te sê dat streshantering bloot bestaan uit kognitiewe en gedragspogings om sielkundige stres te hanteer. Hierdie formulering beklemtoon dat die hanterings*poging* onafhanklik van die *uitkoms* is. Dit beteken dat geen strategie noodwendig beter as 'n ander is nie (Lazarus & Folkman, 1991). Dit is moeilik om 'n onderskeid tussen effektiewe en oneffektiewe streshantering te tref. Dit is veral duidelik in die geval van multifaset-stressors, wat komplekse en dinamiese aanpassingsreaksies verg. Streshanteringreaksies wat effektief in terme van een uitkoms is, sal nie noodwendig 'n



effektiewe uitkoms in 'n ander situasie oplewer nie (Somerfield & McCrae, 2000). Effektiwiteit is afhanklik van die tipe persoon, die tipe bedreiging, die stadium van die stresvolle gebeurtenis, asook die uitkomsmodaliteit - dit is subjektiewe welsyn, sosiale funksionering of liggaamlike gesondheid. Oneffektiewe streshantering gaan gepaard met hoë vlakke van stres, terwyl effektiewe streshantering met lae vlakke van stres geassosieer word (Lazarus, 1999). Streshanteringsprosesse beklemtoon tydelike en kontekstuele invloede op streshantering, asook die veranderinge wat daarmee geassosieer word. Streshanteringstrategieë verskil dus van een situasie tot 'n ander (Lazarus, 1993). 'n Sleutelbeginsel is dat die keuse van streshanteringstrategie gewoonlik sal verander met die aanpassingsbetekenis ("adaptational significance") en vereistes van elke bedreiging. Streshanteringstrategieë verander dus voortdurend om die beste persoons-omgewingpassing te bemoontlik (Lazarus, 1999), alhoewel sommige strategieë meer stabiel en bestendig oor situasies is as ander (Lazarus, 1993). Lazarus (1993) het byvoorbeeld bevind dat die aanvraag na sosiale ondersteuning baie onbestendig was, terwyl positiewe herevaluering bestendig gebly het.

Volgens Lazarus en Folkman (1984) het die *prosesbenadering* tot streshantering drie hoofkenmerke. Eerstens is waarnemings en assesserings gemoeid met wat die persoon *werklik* doen, in kontras met wat die persoon *gewoonlik* doen, *sal* doen of *moet* doen. Tweedens word streshanteringstrategieë binne 'n *spesifieke konteks* beskou. Derdens word die aspek van *verandering*, soos wat die stresvolle situasie ontvou, beklemtoon. Streshantering is dus 'n voortdurend-veranderende proses, wat deur kognitiewe herevaluering voorafgegaan word. Die hoofkritiek wat teen die prosesbenadering uitgespreek is, is dat die persoonlikheid van die streshanteerder van die streshanteringsproses geskei word (Lazarus, 1993, 1999). Lazarus (1993) het die mening uitgespreek dat instrumente wat streshanteringstrategieë meet, baie meer betekenis sou inhou as die persoonlikheidseienskappe van die deelnemer aan die navorser bekend was.

In die navorsingsliteratuur bestaan daar tans twee beskouings oor streshantering (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000). Die benadering wat deur Tennen et al. (2000) begunstig word, is dié van Lazarus (1993) en Haan (1992), waarin streshantering 'n stel aanpassingsaktiwiteite wat inspanning ("effort") behels, verteenwoordig. Die klem lê hier op bewustelike keuse. Outomatiese aanpassingsgedrag wat nie konsentrasie of inspanning behels nie, kwalifiseer dus nie as streshantering nie. Ander teoretici stem nie saam met hierdie definisie nie. Coyne en Gottlieb (aangehaal in Tennen et al., 2000) het 'n definisie wat outomatiese gedrag en gedagtes uitsluit, as te beperkend beskou, terwyl Wills (aangehaal in Tennen et al., 2000) geargumenteer het dat streshanteringstrategieë met tydsverloop moontlik 'n roetine kan word. Alhoewel sodanige gedagtes en gedrag nie meer bewustelik is nie, is hulle steeds vorme van streshantering.



Lazarus en Folkman (1984) het 'n onderskeid getref tussen twee hoof funksies van stres hantering, naamlik die regulering van ontstellende emosies (emosie gerigte stres hantering) en optrede om die probleem in die omgewing wat die stres veroorsaak, te verander (probleem gerigte stres hantering).

Probleem gerigte stres hantering strategieë word gewoonlik gebruik wanneer stresvolle situasies as beheerbaar (Lazarus, 1993) of veranderbaar (Roussi, 1996) beoordeel word. Die persoon samel inligting in oor die situasie en tree op ten einde die werklikheid te verander. Hierdie stres hanterings aksies kan teen die omgewing of die self gerig word (Lazarus, 1999). Die volgende is voorbeelde van probleem gerigte stres hantering strategieë: beplanning; aktiewe stres hantering; onderdrukking van kompeterende aktiwiteite; weerhouding ("restraint coping"); en soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Probleem gerigte strategieë is dikwels daarop gerig om die probleem te definieer, alternatiewe oplossings te genereer, die alternatiewe in terme van voor- en nadele teen mekaar op te weeg, 'n keuse te maak en op te tree (Lazarus & Folkman, 1984).

Emosie gerigte stres hantering strategieë word gewoonlik gebruik wanneer 'n situasie as onveranderbaar beoordeel word (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984; Roussi, 1996) en veroorsaak subjektiewe (en nie werklike) verandering in die verhouding tussen die persoon en sy/haar omgewing. Volgens Breznitz en Goldberger (1993) is daar twee maniere waarop subjektiewe verandering vanuit emosie gerigte stres hantering kan voortspruit: Eerstens kan die aandag tydelik van die persoon-omgewingverhouding afgelei word en tweedens kan die persoonlike betekenis van die verhouding verander word. Laasgenoemde kan bewerkstellig word deur kognitiewe stres hantering strategieë, soos ontkenning, distansiering en beklemtoning van die positiewe aspekte van 'n situasie (Folkman & Lazarus, 1991). Die volgende kan as voorbeelde van emosie gerigte stres hantering strategieë uitgelig word: self-afleiding ("self-distraction") (Carver, 1997); ontkenning (Breznitz & Goldberger, 1993; Carver et al., 1989; Lazarus, 1993; Monat & Lazarus, 1991); vermyding (Lazarus & Folkman, 1984); soeke na sosiale ondersteuning om emosionele redes; emosionele ontlading; positiewe herinterpretasie en groei; aanvaarding (Carver et al., 1989); kognitiewe herevaluering (Lazarus, 1999); en alkoholgebruik (Carver et al., 1989; Tennen et al., 2000).

Emosie gerigte stres hantering strategieë (soos veral ontkenning) word tradisioneel as patologies en wanaangepas beskou (Monat & Lazarus, 1991), maar kan ook 'n positiewe doel dien (Lazarus & Folkman, 1991). Cohen (aangehaal in Monat & Lazarus, 1991) het die bruikbaarheid van ontkenning op 'n korttermynbasis beklemtoon - veral wanneer die persoon andersins deur die onaangename realiteit oorweldig sal word. Lazarus en Folkman (1991) het die mening uitgespreek



dat ontkenning die potensiaal vir stresverligting inhou wanneer niks konstruktiefs aan die situasie gedoen kan word nie. Hulle het verder die belang van tydsberekening in die ontkenningsproses beklemtoon. Ontkenning kan minder skadelik en meer effektief wees gedurende die vroeë stadia van 'n krisis as later. Folkman en Lazarus (1991) het egter ook geargumenteer dat ontkennings- en vermydingsprosesse wat te vroeg tydens 'n stresvolle situasie geïmplementeer word, met die informasiesoektog kan inmeng, en daardeur 'n realistiese beoordeling van die stresshanteringsopsies kan verhinder.

Daar bestaan konsensus in die literatuur dat die meeste mense van probleem- sowel as emosiegerigte vorme van stresshantering gebruik maak (Folkman & Lazarus, 1991). Folkman en Lazarus (1980) het aangevoer dat beide benaderings teenwoordig moet wees om doeltreffende stresshantering te bewerkstellig. Lazarus (1999) het die mening uitgespreek dat mense gewoonlik - tydens enige stresvolle situasie - van byna alle beskikbare stresshanteringstrategieë gebruik maak. Volgens die "terugvalhipotese" van Rothbaum, Weisz en Snyder (aangehaal in Tennen et al., 2000) sal probleemgerigte strategieë dikwels alleen, in die afwesigheid van emosiegerigte metodes, gebruik word, terwyl emosiegerigte stresshanteringstrategieë nie gebruik sal word tensy probleemgerigte strategieë ook beproef is nie. Hierdie hipotese is deur Tennen et al. (2000) bevestig. Hulle bevindings het aangetoon dat emosiegerigte strategieë selde in die afwesigheid van probleemgerigte strategieë voorgekom het, maar dat laasgenoemde wel dikwels alleen gebruik is. Volgens Aldwin en Brustrom (1997) kan die gebruik van emosiegerigte stresshanteringstrategieë in 'n mindere mate die gebruik van probleemgerigte stresshanteringstrategieë fasiliteer, maar kan die eksklusiewe gebruik van die modaliteit van emosiegerigte stresshantering skadelik wees - veral in dié situasies wat verander kan word. Die kritiek wat Lazarus (1999) teen die onderskeid tussen probleem- en emosiegerigte stresshanteringstrategieë uitgespreek het, is dat dit soms moeilik is om 'n spesifieke strategie in een van die twee kategorieë te plaas. Dieselfde stresshanteringstrategie kan soms albei funksies verrig. Dit is sy mening dat die twee funksies selde van mekaar geskei kan word en dat albei essensiële komponente van die stresshanteringspoging uitmaak. Dit is dus duidelik dat stresshantering 'n multidimensionele proses is (Folkman & Lazarus, 1991).

Stresshanteringsresponse word ook op ander maniere, wat gedeeltelik met die probleemgerigte/emosiegerigte-onderskeiding ooreenstem, gekategoriseer. Latack (1986) het drie kategorieë van stresshantering gekonseptualiseer: *beheer/kontrole* (proaktiewe aksies en kognitiewe herevaluerings); *ontvlugting* (ontvlugtende, vermydende aksies en kognitiewe herevaluerings); en *simptoombestuur* (strategieë wat stresssimptome beheer).



Amirkhan (1990, 1994), asook Endler en Parker (1990), het tussen drie basiese stresshanteringstrategieë onderskei, naamlik *probleemoplossing*, *soeke na sosiale ondersteuning* en *vermyding*.

Taylor (1991) het 'n onderskeid tussen *aktiewe* stresshantering (gedrags- en kognitiewe pogings om stresvolle gebeurtenisse direk te hanteer) en *vermyding* (pogings om die probleem te vermy of spanning te verminder deur ontvlugting) getref. Volgens Holahan en Moos (aangehaal in Taylor, 1991) sal persone met meer persoonlike en omgewingsreserwes, meer op aktiewe en minder op vermydingstresshanteringstrategieë staatmaak. Suls en Fletcher (aangehaal in Taylor, 1991) het verder bevind dat vermydingsresponse meer effektief vir die hantering van korttermyn-bedreigings was, terwyl konfrontasionele stresshanteringstrategieë beter gewerk het vir die hantering van langtermyn-bedreigings. Volgens Folkman en Lazarus (1991) is vermyding een van die mees algemene maniere waarop mense stres hanteer en kan dit positiewe, sowel as negatiewe, uitkomsteweegbring.

Moos en Schaefer (1993) het die term *stresshanteringsprosesse* - in plaas van *-strategieë* - gebruik, om te verwys na die kognitiewe en gedragspogings wat 'n individu in spesifieke stresvolle situasies aanwend. Hulle het vier basiese tipes stresshanteringsprosesse voorgestel, naamlik:

- *Kognitiewe benadering-stresshantering*, wat logiese analise en positiewe herevaluering insluit;
- *Gedragsbenadering-stresshantering*, wat die soeke na leiding en ondersteuning, asook direkte aksie, insluit;
- *Kognitiewe vermyding-stresshantering*, wat aanvaarding, ontkenning en minimalisering van die erns van die krisis insluit;
- *Gedragsvermyding-stresshantering*, wat die vervanging van verliese deur betrokkenheid by nuwe aktiwiteite, impulsiewe aksies en emosionele ontlasting insluit.

Die wyses waarop mense stres hanteer, is ook afhanklik van beskikbare hulpbronne (Lazarus & Folkman, 1984). Antonovsky (1979) het die term *veralgemeende weerstandshulpbronne* gebruik om eienskappe te beskryf wat die hantering van stres fasiliteer. Hierdie eienskappe kan fisies, biochemies, materieel, kognitief, emosioneel, gesindheid-georiënteerd, interpersoonlik en makro-sosiokultureel (soos godsdienstig) van aard wees. Antonovsky (1979) se benadering verskil van dié van Lazarus en Folkman (1984) in dié opsig dat hy gemoeid is met die faktore wat bydra tot die *weerstand* teen stres, terwyl Lazarus en Folkman (1984) fokus op die hulpbronne wat gebruik word ten einde stres te kan *hanteer*. Hierdie verskil word gereflekteer in die feit dat Antonovsky (1979) stresshantering as 'n weerstandshulpbron insluit, terwyl Lazarus en Folkman (1984) stresshantering



beskou as 'n proses wat voortspruit vanuit hulpbronne. Die hoofkategorieë van hulpbronne wat deur Lazarus en Folkman (1984) onderskei is, is soos volg: gesondheid en energie; positiewe oortuigings; probleemoplossingsvaardighede; sosiale vaardighede; sosiale ondersteuning; en materiële hulpbronne.

### 3.2 Die rol van kognitiewe beoordeling in stresshantering

Kognitiewe beoordeling en stresshantering is twee nou verwante konsepte (Moos & Schaefer, 1993) en is die sleutelbegrip in die transaksionele model (Singer & Davidson, 1991). Kognitiewe beoordeling kan gedefinieer word as die proses waardeur 'n persoon 'n interaksie ten opsigte van die betekenis vir sy welsyn kategoriseer (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus en Folkman (1984) het drie tipes kognitiewe beoordeling geïdentifiseer, naamlik primêre beoordeling, sekondêre beoordeling, en herbeoordeling.

*Primêre beoordeling* verwys na die evaluering van 'n interaksie as irrelevant, gunstig of stresvol. Laasgenoemde kan drie vorme aanneem, naamlik skade/verlies, bedreiging en uitdaging (Lazarus & Folkman, 1984). *Sekondêre beoordeling* is die proses waardeur 'n potensiële reaksie op die stressor oorweeg word, terwyl stresshantering dan die proses is waardeur die respons uitgevoer word (Carver et al., 1989). Volgens Lazarus (1999) word sekondêre beoordeling nie noodwendig deur primêre beoordeling voorafgegaan nie, maar bestaan daar 'n aktiewe wisselwerking tussen die twee. Verskille het dus nie te make met tydsberekening nie, maar met die inhoud van die beoordeling. *Herbeoordeling* verwys na 'n veranderde beoordeling wat op nuwe inligting vanuit die omgewing/persoon gebaseer is, en volg op 'n vroeër beoordeling (Lazarus & Folkman, 1984).

### 3.3 Watter stresshanteringstrategieë gebruik sielkundiges?

Effektiewe hantering van die spesiale stressors verbonde aan die mensgerigte diensleweringsofessionies (soos dié van sielkundiges), kan verskeie voordele inhou. Die sielkundige sal waarskynlik 'n hoër vlak van fisiese en geestesgesondheid handhaaf, asook 'n hoër kwaliteit diens aan pasiënte/kliënte lewer. Gevolglik sal pasiënte/kliënte 'n groter mate van stabiliteit en verbetering toon (Koeske et al., 1993).

Funksionele stresshanteringstrategieë laat die sielkundige toe om stressors op 'n realistiese wyse te hanteer. Sodanige funksionele hanteringstrategieë kan, volgens Capner en Caltabiano (1993) in drie tipes gekategoriseer word: (1) strategieë wat deur mensgerigte diensleweringsofisasies geïnisieer word (soos die voorsiening van opleidingswerkswinkels); (2) individuele strategieë (soos



die neem van 'n vakansie); en (3) strategieë wat deur groepe individue, soos medewerkers, familie en vriende, onderneem word om mekaar te ondersteun (sosiale ondersteuning).

'n Studie van psigoterapeute, wat beraders en sielkundiges ingesluit het, het die volgende stresshanteringstrategieë wat die meeste gebruik is, uitgewys: 'n sin vir humor, die bespreking van pasiënte/kliënte met kollegas (om sodoende objektief te bly), deelname aan ontspanningsaktiwiteite, bywoning van opleidingseminare, die beskouing van pasiënte-/kliënteproblematiek as interessant, en die gebruik van interpersoonlike ondersteuning (Kramen-Kahn & Hansen, 1998). Hierdie bevindings stem ooreen met vroeëre studies waarin persoonlike en portuurgroep-ondersteuning, supervisie, 'n gebalanseerde lewenstyl, en volgehoue opleiding (Coster & Schwebel, 1997), asook portuurgroep-supervisie (Mahoney, 1997) as hanteringstrategieë uitgewys is.

Die resultate van 'n studie deur Medeiros en Prochaska (1988) rakende die stresshanteringstrategieë wat psigoterapeute gebruik het in hul werk met stresvolle pasiënte/kliënte, het ses hanteringskomponente uitgewys: (1) self-herevaluasie en bepeinsing; (2) humor; (3) optimistiese volharding; (4) soeke na sosiale ondersteuning; (5) soeke na innerlike vrede; en (6) gebeurlikheidskontrole en vermyding. Hierdie bevindings het egter gesuggereer dat psigoterapeute wat meer self-herevaluasie en bepeinsing gebruik het, hulleself as swak stresshanteerders beskou het. Die omgekeerde het egter vir optimistiese volharding gegeld: Hoe meer die deelnemers van die laasgenoemde strategie gebruik gemaak het, hoe beter het hulle, volgens hul eie beskouing, pasiënt-/kliënt-verwante stres hanteer.

Verskeie navorsers het negatiewe korrelasies tussen die gebruik van aktiewe stresshanteringstrategieë en problematiek by geestesgesondheidswerkers gevind. Vermydingstrategieë, daarenteen, het in hierdie studies weer positief gekorreleer met sielkundige problematiek (Cushway, 1992; Cushway et al., 1996; Cushway & Tyler, 1994, 1996; Koeske et al., 1993). Vermyding hoef egter nie altyd as 'n negatiewe hanteringstrategie beskou te word nie, aangesien sekere omstandighede soms die vermyding van 'n probleem regverdig. Wanneer 'n probleem nie opgelos kan word nie, sal 'n realistiese korttermyn-strategie wees om die probleem vir 'n ruk ter syde te stel (Cushway & Tyler, 1996). Koeske et al. (1993) het, na aanleiding van hul studie onder psigoterapeute, gerapporteer dat vermydingstrategieë slegs as effektief beskou is wanneer dit saam met kontrolerende hanteringstrategieë (soos oefening, 'n positiewe instelling, en die uitvoering van 'n plan van aksie) gebruik is. Tyler en Cushway (aangehaal in Cushway & Tyler, 1996) het verder in hul studie van verpleegkundiges bevind dat, wanneer vermydingstrategieë gepaard gegaan het met ontkenning, dit 'n minder positiewe uitwerking tot gevolg gehad het. Die geestelike en fisiese vermyding van intens gekwelde pasiënte/kliënte is egter nie 'n



oorlewingstrategie wat by praktisyns tuishoort nie. 'n Uitgeputte, onvergenoegde terapeut mag moontlik 'n minder effektiewe helper uitmaak, en die implementering van vermydingshanteringstrategieë sal waarskynlik nie die situasie verbeter nie (Koeske et al., 1993).

Volgens Cushway en Tyler (1996) se studie het sielkundiges en ander geestesgesondheidswerkers aktiewe gedragsmetodes, wat gesels, oefening en ontspanning ingesluit het, as die mees effektiewe stresshanteringstrategieë beskou. Dit stem ooreen met bevindings vir sielkundiges in opleiding, wat, volgens rangorde, die meeste van die volgende hanteringstrategieë gebruik maak het: (1) gesels met ander sielkundiges in opleiding; (2) oefening; (3) gesels met vriende; (4) gesels met maat; en (5) gesels met supervisor. Verder is aktiewe kognitiewe metode bykans net so dikwels as aktiewe gedragsmetodes, wat aktiewe probleemoplossing en beplanning ingesluit het, gerapporteer (Cushway, 1992).

'n Studie waarin die *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1980) as meetinstrument gebruik is, het aangetoon dat "planmatige probleemoplossing" ('n probleemgerigte strategie) en "selfbeheersing" (wat beide probleem- en emosiegerigte hanteringstrategieë behels) die meeste deur sielkundiges gebruik is. Hierdie twee strategieë is beduidend meer in gebruik geneem as die ander ses strategieë van "positiewe herevaluering", "konfronterende hantering", "soeke na sosiale ondersteuning", "distansiëring", "ontvlugting-vermyding", en "aanvaarding van verantwoordelikheid". Verder is "positiewe herevaluering" ('n probleemgerigte strategie) weer beduidend meer dikwels as "aanvaarding van verantwoordelikheid" en "ontvlugting-vermyding" gebruik (Murtagh & Wollersheim, 1997). Goodman (1997) het bevind dat terapeute oor die korttermyn meer van probleemgerigte, en oor die langtermyn meer van emosiegerigte stresshanteringstrategieë gebruik maak het.

### **3.4 Die verband tussen stres (soos gemanifesteer in angs en depressie) en sekere stresshanteringstrategieë**

Die gebruik van sekere stresshanteringstrategieë dra by tot 'n verhoging in stressimptome, terwyl ander stresshanteringstrategieë 'n verlaging in stresvlakke tot gevolg het. Die verband tussen stres (soos gemanifesteer in angs en depressie) en verskeie stresshanteringstrategieë word deurgaans in die navorsingsliteratuur gerapporteer en sal vervolgens bespreek word.

Dit blyk dat daar 'n negatiewe verband tussen die stresshanteringstrategie van sosiale ondersteuningsoeke en manifestasies van stres bestaan. Osseiran-Waines en Elmacian (1994) het 'n negatiewe korrelasie tussen aspekte van sosiale ondersteuning en angs by 'n groep van 81 onderwysstudente aangetoon. Resultate het gedui op 'n negatiewe verband tussen emosionele



ondersteuningsoeke en onderwys-angs, asook 'n negatiewe korrelasie tussen tevredenheid met instrumentele ondersteuning en persoonlikheidstrek-angs. Soortgelyke bevindings vir angs en depressie, met sosiale ondersteuningsoeke as stresshanteringstrategie, is ook in 'n ander studie gerapporteer. Nakano (1991) het bevind dat die soeke na sosiale ondersteuning en positiewe kognitiewe stresshantering, beduidend bygedra het tot negatiewe voorspellings van angs en depressie by 'n groep Japanese voorgraadse studente. 'n Beduidende negatiewe korrelasie tussen instrumentele ondersteuningsoeke en depressie is ook by vroulike versorgers aangetoon (MaloneBeach & Zarit, 1995). Die bevindings van Chi en Chou (2001), wat die verband tussen sosiale ondersteuning en depressiewe simptomatologie by 'n steekproef Chinese bejaardes bestudeer het, het egter daarop gedui dat instrumentele ondersteuningsoeke belangriker as emosionele ondersteuningsoeke was in die voorkoming van depressie.

'n Beduidende positiewe verband tussen depressie en die gebruik van selfblamering as stresshanteringstrategie, is deur verskeie navorsers aangetoon. Flett, Blankstein en Holowaty (1990) het 'n positiewe assosiasie tussen selfblamering en depressie by 'n groep van 201 voorgraadse studente aangetref. Soortgelyke resultate is ook deur Anderson, Miller, Riger, Dill en Sedikides (1994), Haenninen en Aro (1996), Gilbert en Miles (2000), asook Wu (1995) vir verskillende steekproewe verkry. In die studie van Poulin (2000) het selfblamering na vore gekom as die kragtigste voorspeller van strespersepsies by vroue met endometriose. Hierdie resultate bevestig die bevindings van ander navorsers, soos Bolger (aangehaal in Carver, 1997) en McCrae en Costa (aangehaal in Carver, 1997), wat bevind het dat selfblamering 'n voorspeller was van swak aanpassing tydens stresvolle situasies.

Die stresshanteringstrategie van ontkenning word tradisioneel as belemmerend beskou. Hierdie beskouing is deur Bifulco en Brown (1996) en Flynn (1997) ondersteun, deurdat beide hierdie studies 'n positiewe verband tussen die gebruik van ontkenning as stresshanteringstrategie en simptome van depressie gerapporteer het. In teenstelling hiermee het Sullivan, Mikail en Weinshenker (1997) bevind dat die waarskynlikheid vir pasiënte met meervoudige sklerose om die stresshanteringstrategieë van ontkenning en vermyding by die aanvangstadium van die siekte te gebruik, hoër was by nie-depressiewe pasiënte as by dié met 'n major depressiewe versteuring. Dit sluit aan by die mening van Mullen en Suls (aangehaal in Carver et al., 1989) dat ontkenning bruikbaar kan wees tydens die vroeë stadium van 'n stresvolle transaksie, maar stresshantering op die lange duur kan belemmer.

'n Positiewe verband tussen die gebruik van losmaking en simptome van depressie is in die literatuur gerapporteer. Losmakingsgedrag ("behavioural disengagement") behels die vermindering van pogings om aan die stressor aandag te gee, en selfs die prysgee van doelwitte waarmee die



stressor inmeng. Losmakingsgedrag vind gewoonlik plaas wanneer swak stresshanteringsuitkomste verwag word. Sielkundige losmaking ("mental disengagement") behels die betrokkenheid by 'n verskeidenheid aktiwiteite wat ten doel het om die persoon se aandag van die doelwit waarmee die stressor inmeng, af te lei (Carver et al., 1989). 'n Studie van studente wat in die proses was om 'n psigiatriese internskap te voltooi, het aangetoon dat losmakingstrategieë geassosieer was met hoër vlakke van depressie (Mosley et al., 1994). Vergelykbare resultate is ook in 'n studie van borskanker pasiënte wat besig was om bestraling te ondergaan, bevind (Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endler, 2002). Resultate het aangedui dat losmaking positief gekorreleer het met angs, depressie en woede by die deelnemers. Ter aansluiting hierby, is die gebruik van self-afleiding, wat 'n vorm van losmaking is en voorheen deur Carver et al. (1989) as "sielkundige losmaking" geklassifiseer is, ook beduidend meer deur depressiewe as deur nie-depressiewe individue gerapporteer (Flynn, 1997).

Die positiewe uitwerking van die beoefening van geloof as 'n manier om stres te hanteer is ook reeds gedokumenteer (Pargament, 1997; Siegel & Schrimshaw, 2002; Spilka, Zwartjes, & Zwartjes, 1991). Volgens Pargament (1997) trek individue wat diep gelowig is, die meeste voordeel uit geloof as 'n metode om stres te hanteer. Geloof blyk veral as stresshanteringstrategie na vore te tree wanneer die beperkings van menslike hulpbronne 'n realiteit word.

Vroeëre bevindings het 'n negatiewe verband tussen probleemgerigte strategieë en depressie (Kolenc, Hartley, & Murdock, 1990), maar 'n positiewe verband tussen emosiegerigte strategieë en depressie (Kolenc et al., 1990; Sears, Urizar, & Evans, 2000), aangedui. Courbasson, Endler en Kocovski (2002) het in hulle studie van mans met substansgebruik-versteurings bevind dat emosiegerigte stresshantering simptome van angs en depressie voorspel het, terwyl probleemgerigte stresshantering negatief geassosieer was met angs en depressie. 'n Studie deur Murtagh en Wollersheim (1997) aangaande die stresshanteringstrategieë wat deur sielkundiges gebruik is, het tot die gevolgtrekking gelei dat die gebruik van hoofsaaklik probleemgerigte hanteringstrategieë sielkundiges van 'n disforiese gemoedsversteuring weerhou het. Cohen en Edwards (aangehaal in Koeske et al., 1993) het gesuggereer dat die gebruik van 'n verskeidenheid hanteringstrategieë en -style waarskynlik die effektiëste uitwerking op die ervaring van stres sal hê.



## 4. UITBRANDING

### 4.1 Die begrip uitbranding

Sedert die term “uitbranding” byna twee dekades gelede deur Freudenberg (1974) aan die wetenskaplike literatuur voorgestel is, is 'n wye verskeidenheid navorsingsartikels reeds oor die bogenoemde konsep gepubliseer. Tot en met die vroeë 1980's is navorsing oor uitbranding ekslusief in die Verenigde State van Amerika uitgevoer. Geleidelik het hierdie verskynsel egter aandag in ander lande getrek, sodat meetinstrumente ook in ander tale vertaal is (Maslach & Schaufeli, 1993).

Volgens Bernier (1998) kan die vroeëre definisies van uitbranding onder twee hoofde gegroepeer word: *emosionele slytasie* en *emosionele konflik*. Eersgenoemde fokus op die aftakeling wat plaasvind wanneer emosioneel veeleisende take oor 'n lang periode uitgevoer word. Die hantering van mense in 'n probleemoplossingskonteks - soos die werk wat deur sielkundiges verrig word - word as 'n vrugbare teelaarde vir die ontwikkeling van uitbranding beskou. Die definisie van Maslach (1982) volg hierdie oriëntasie. Volgens Maslach (1982) is uitbranding 'n sindroom wat by persone in die mensgerigte professies voorkom, en gekenmerk word deur die drie komponente van (1) emosionele uitputting (wanneer die persoon te emosioneel betrokke raak en oorweldig voel deur die emosionele eise wat deur andere gestel word); (2) depersonalisasie (die ontwikkeling van negatiewe gevoelens teenoor pasiënte/kliënte en die behandeling van pasiënte/kliënte op 'n distansiërende, ongevoelige en selfs dehumaniserende wyse); en (3) verminderde persoonlike bekwaamheid (negatiewe gevoelens rakende eie bekwaamheid en geassosieerde uitkomst). Maslach (1982) het verder gepostuleer dat emosionele uitputting die kernaspek van die uitbrandingsindroom vorm. Hierdie standpunt is deur ander navorsers (Leiter, 1991b; Sandoval, 1993; Van der Ploeg, Van Leeuwen, & Kwee, 1990) ondersteun. Ondersoeke onder skoolsielkundiges (Sandoval, 1993), sowel as Nederlandse psigoterapeute (Van der Ploeg et al., 1990), bestaande uit hoofsaaklik psigiaters en sielkundiges, het uitgewys dat uitbranding homself hoofsaaklik as emosionele uitputting gemanifesteer het. Oorspronklik het Golembiewski, Munzenrider en Stevenson (1986) 'n fase-model van uitbranding gepostuleer, waarin depersonalisasie die eerste fase vorm. Dit word gevolg deur gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid, en laastens, emosionele uitputting. Leiter en Maslach (1988) het 'n alternatiewe model voorgestel, wat voorgestel het dat emosionele uitputting eerste plaasvind, wat tot die ontwikkeling van depersonalisasie lei, en dan verminderde persoonlike bekwaamheid tot gevolg het. In meer onlangse werk (Leiter, 1993) is die verband tussen emosionele uitputting en depersonalisasie in Leiter en Maslach (1988) se model behou, maar die verband tussen verminderde persoonlike bekwaamheid en die ander twee komponente is gewysig. Daar word tans



geglo dat beide emosionele uitputting en verminderde persoonlike bekwaamheid parallel met mekaar ontwikkel, aangesien hierdie komponente as reaksies op verskillende aspekte van die werksomgewing ontstaan.

Die ander groep definisies van uitbranding, soos deur Bernier (1998) aangedui, beklemtoon die emosionele konflik wat plaasvind wanneer belangrike doelwitte nie bereik word nie. Individuele aspirasies kan onrealisties wees (Freudenberger & Richelson, aangehaal in Bernier, 1998), of die verskil tussen doelwitte en dit wat daagliks bewerkstellig word, word te groot (Lauderdale, aangehaal in Bernier, 1998). Dit lei dan tot 'n gevoel van leegheid en ontnugtering. Hierdie verlies van betekenis kan in enige tipe professionele aktiwiteit voorkom (Bernier, 1998). Freudenberger (aangehaal in Freudenberger, 1989) het uitbranding gedefinieer as 'n toestand van moegheid of frustrasie, wat meegebring word deur toewyding aan 'n saak, manier van lewe, of 'n mislukte verhouding wat nie die verwagte beloning opgelewer het nie. Fisiese en sielkundige reserwes word uitgeput en aftakeling vind plaas, deurdat een of ander onrealistiese verwagting uitermatig nagestreef word. Interessant is die feit dat dit nie noodwendig 'n objektiewe mislukking is wat tot uitbranding lei nie, maar eerder die persepsie dat die individu nooit 'n beduidende impak sal hê nie, ongeag hoe hard hy/sy werk (Pines, 1993b). Werksukses en -verantwoordelikheid word dus onrealisties gedefinieer (Wessels, 1993).

In die meer onlangse literatuur word verskeie konseptuele modelle van uitbranding uiteengesit:

Volgens eksistensiële perspektiewe (Cherniss, 1995; Pines, 1993b) is die hooforsaak van uitbranding die gebrek aan betekenis in die lewe. 'n Gevoel van ontnugtering word ervaar wanneer die soektog na eksistensiële betekenis misluk. Hierdie gevoel van ontnugtering word veral by hoogs gemotiveerde individue bespeur (Pines, 1993b). Uitbranding kom gewoonlik voor by toegewyde en betrokke individue (Freudenberger, 1974; Pines, 1993b; Selder & Paustian, 1989), wat uitdagings en opgewondenheid gedurende die beginjare van betrokkenheid by die professie ervaar het (Meléndez & De Guzmán, 1983). Selder en Paustian (1989) het gesuggereer dat individue wat 'n ideaal nastreef, besonder vatbaar sal wees vir uitbranding. 'n Ideaal is, volgens definisie, staties en altyd buite die bereik van 'n individu en kan derhalwe nie bereik word nie.

Die bewaring-van-bronne-teorie van stres (Hobfoll & Freedy, 1993) verleen 'n raamwerk van die verwantskap tussen sodanige korrelate en uitbranding. Hierdie teorie suggereer dat uitbranding voorkom wanneer sekere gewaardeerde bronne verlore raak, bedreig word, ontoereikend is, of nie die verwagte opbrengs lewer nie. Werksoorlading kan tot gevolg hê dat sekere bronne uitgeput word, wat tot uitbranding kan lei.



Ander teoretici (Buunk & Schaufeli, 1993) het die sosiale konteks waarin uitbranding plaasvind, beklemtoon. Vanuit hierdie perspektief - die sogenaamde sosiale vergelykingsteorie - kan die ontwikkeling van uitbranding alleenlik verstaan word wanneer daar aandag geskenk word aan die wyse waarop individue die gedrag van andere by die werk evalueer, interpreteer en konstrueer. Individue in die mensgerigte professies is betrokke in verhoudings met pasiënte en kliënte. In hierdie verhoudings speel sosiale uitruilingsprosesse en verwagtings van gelykheid en wederkerigheid 'n belangrike rol. Die emosioneel-eisende interpersoonlike verhoudings van professionele versorgers met hul "ontvangers" word as een van die hooforsake van uitbranding beskou. Laasgenoemde ontvang, terwyl eersgenoemde gee - wat hierdie verhoudings per definisie asimmetries maak. Buunk en Schaufeli (1993) het verder die standpunt gehuldig dat individue hul probleme hanteer deur hulself met kollegas en meerderes te vergelyk. Sodanige vergelykings kan gevolge inhou vir die ontwikkeling en volharding van uitbrandingsimptome.

Cherniss (1980) het 'n transaksionele benadering tot die bestudering van uitbranding gevolg. Hiervolgens word uitbranding as 'n reaksie op stres beskou. Sy model suggereer dat uitbranding 'n proses is wat uit drie stadia bestaan: Die eerste stadium behels 'n wanbalans tussen bronne en eise (stres). Die tweede stadium is die onmiddellike, korttermyn emosionele reaksie op hierdie wanbalans, wat gekenmerk word deur gevoelens van angs, spanning, moegheid en uitputting ("strain"). Die derde stadium bestaan uit 'n aantal gesindheids- en gedragsveranderinge, soos die geneigdheid om pasiënte/kliënte op 'n onbetrokke en meganiese wyse te hanteer (verdedigende hantering). Uitbranding verwys derhalwe na 'n proses bestaande uit werkstres, werkspanning en sielkundige aanpassing. 'n Eens betrokke professionele persoon onttrek hom van sy werk, wat 'n reaksie op stres is wat deur werkfaktore teweeggebring word. Die uitbrandingsproses begin wanneer die helper stres ervaar, wat nie verlig kan word deur aktiewe probleemoplossing nie. Uitbranding is dus die laaste stadium van 'n mislukte streshanteringsproses. Takooshian (aangehaal in Brown & O'Brien, 1998) het hierby aangesluit deur die standpunt te huldig dat langdurige eksterne stres tot interne uitbranding aanleiding kan gee.

Verskeie navorsers het ook reeds interaksionele modelle voorgestel om die ontwikkeling van uitbranding te verklaar (Huebner, 1993). Volgens hierdie modelle is verskillende reaksies op uitbranding die funksie van die komplekse wisselwerking tussen omgewingstressors en individuele veranderlikes. Volgens Maslach (aangehaal in Huebner, 1993) bestaan daar drie moontlike voorlopers tot uitbranding: (1) organisatoriese faktore (soos rolkonflik, rol-oormatigheid en roldubbelsinnigheid); (2) interpersoonlike faktore (soos die kwaliteit van beskikbare ondersteuningstelsels); en (3) intrapersoonlike faktore (soos persoonlikheidstrekke en bevoegdhede). Die Persoon-Omgewing-Passing-Model van MacBride (aangehaal in Meléndez & De Guzmán, 1983) sluit hierby aan. Hierdie model fokus op die affiniteit tussen die individu se



persoonlikheid, behoeftes en vermoëns, en die omgewing se kapasiteit om dit toepaslik te gebruik. 'n Swak passing tussen persoon en omgewing lei derhalwe tot uitbranding.

Daar bestaan verskillende definisies van uitbranding, wat die daarstelling van 'n teoretiese raamwerk derhalwe bemoeilik. Sommige definisies wat in die literatuur gerapporteer word, is vaag, teenstrydig of oorinsluitend. Daar is byvoorbeeld teoretici wat na uitbranding verwys as 'n wilsverlies of die onvermoë om eie kragte aan te voer of te orden. Andere impliseer dat dit hoofsaaklik 'n deurdringende gemoedstoestand is. Sommige praat van uitbranding as 'n toestand, andere as 'n proses; sommige verwys na die oorsaak, andere na die uitkoms. Elkeen het egter bygedra tot die verstaan van die verskynsel van uitbranding (Freudenberger, 1989). Maslach (aangehaal in Thornton, 1992) het sekere kerneienskappe uitgelig, wat deur die meeste navorsers onderskryf word: (1) dit kom op individuele vlak voor; (b) dit is 'n interne sielkundige ervaring wat gevoelens, houdings, motiewe en verwagtinge behels; en (c) dit is 'n negatiewe ervaring vir die individu, in dié sin dat dit probleme, ongemak, disfunksie en ander negatiewe gevolge inhou. Vir die individu gaan uitbranding gepaard met 'n verskeidenheid fisiese, emosionele en gesindheidsprobleme (Pines, 1993a). Die term *uitbranding* verwys na die fisiese en emosionele uitputting, verswakte prestasie en onverskillige houding, wat die resultaat kan wees van oormatige werkverwante eise en stressors (Sussman, 1992). Uitbranding kom voor wanneer die verordening van 'n aktiewe self-definiërende rol bedreig of verbreek word - met geen alternatiewe rol op hande nie (Hallsten, 1993). Simptome begin gewoonlik manifesteer ná ongeveer een jaar se betrokkenheid by 'n instansie (Freudenberger, 1974).

Die sogenaamde “tekort”-model (Farber, 1983) suggereer dat uitbranding nie deur die teenwoordigheid van werkstressors veroorsaak word nie, maar eerder deur die afwesigheid van werksmotiveerders. Jayaratne en Chess (aangehaal in Farber, 1983) het in hierdie opsig aangetoon dat roldubbelsinnigheid, rolkonflik en oormatige werkslading nie beduidende voorspellers van uitbranding was nie. Hulle studie het intendeel aangedui dat werksuitdagings, finansiële belonings en bevordering die beste voorspellers van beide uitbranding en werkstevredenheid was. Hierdie bevinding is teenstrydig met die tradisionele siening dat uitbranding die resultaat van oormatige eise en stressors is.

Volgens Maslach en Jackson (1981a) word uitbranding gekonseptualiseer as 'n kontinue veranderlike, wat varieer van lae tot middelmatige tot hoë grade van ervaring van gevoelens. Dit word nie as 'n digotomiese veranderlike - met ander woorde, as òf aanwesig, òf afwesig - beskou nie.



Edelwich (aangehaal in Sussman, 1992) het gemeld dat veral diegene wat betrokke is by die hulpverlenende professies, soos die sielkunde, baie kwesbaar is vir uitbranding. Redes wat aangevoer is, is onder meer die volgende: hoë aanvanklike entoesiasme en aspirasies, swak vergoeding en hoë openbare sigbaarheid, wat gekoppel word met algemene misverstande en agterdog. Kilburg, Nathan en Thoreson (aangehaal in Huebner, 1993) het byvoorbeeld uitbranding, tesame met substansmisbruik en ander sielkundige versteurings, geïdentifiseer as die hoofsinndroom van professionele belemmering onder kliniese sielkundiges. Alhoewel navorsing oor uitbranding aanvanklik slegs tot die mensgerigte dienslewingsprofessies beperk was, is die konsep ook uitgebrei na ander beroepe, sowel as nie-beroepsareas van die lewe. Daar is al besprekings oor uitbranding gevoer in die sakewêreld, sport, politieke aktivisme en die gesins- en huweliksopset. Alhoewel hierdie konsep reeds verder as die tradisionele grense uitgebrei is, is geen analise van die moontlike vorm wat uitbranding in hierdie verskillende professies kan aanneem, nog gemaak nie. Die definisie van Maslach (1982) is moeilik veralgemeenbaar na beroepe wat geen betrokkenheid by pasiënte/kliënte behels nie, aangesien die komponente van persoonlike bekwaamheid en depersonalisasie hier geen betekenis sal hê nie (Maslach & Schaufeli, 1993). Cox, Kuk en Leiter (1993) het gesuggereer dat die konsep van emosionele uitputting geredelik na verskillende werkgroepe veralgemeen kan word, terwyl Leiter (1991a) gepostuleer het dat die depersonalisasie-komponent uniek aan mensgerigte dienslewingswerk is.

#### **4.2 Die belangrikste simptome van uitbranding**

Daar bestaan algemene konsensus dat die simptome van uitbranding gesindheids-, emosionele en fisiese komponente insluit. "Uitgebrande" persone handhaaf gewoonlik 'n siniese houding jeens kliënte, is minder idealisties, meer rigied, asook meer dikwels laat of afwesig vir werk (Farber, 1983). Die persoon lyk depressief en tree ook so op. 'n Agterdogtige, paranoïede houding kan ook simptome wees van uitbranding. Hierdie "paranoïede" toestand kan tot 'n gevoel van almag lei, deurdat die terapeut juis "gevaarlike" en "moeilike" pasiënte/kliënte verkies (Freudenberger, 1974). Guy (1987) het vyf kategorieë van uitbrandingsimptome onderskei:

- (a) *Kognitiewe simptome*. Dit sluit onder meer rigiditeit, verveeldheid, sinisme, pessimisme en selfs blatante paranoïa in.
- (b) *Affektiewe simptome*. Faktore wat hieronder ressorteer is depressie, eensaamheid, gevoelens van vrees, hulpeloosheid, woede, wanhopigheid, spanning, asook vermyding van pasiënte/kliënte en kollegas.



- (c) *Gedragsimptome*. 'n Afname in produktiwiteit, afleibaarheid en verveeldheid is reeds by sekere individue waargeneem. 'n Toename in klagtes, die neem van risiko's, aggressiewe gedrag, die inname van kaffeïen, alkohol en ander middels is merkbaar.
- (d) *Fisiese simptome*. Dit behels onder meer chroniese moegheid, uitputting, slaapversteurings en spierspanning.
- (e) *Verhoudingsimptome*. Die terapeut ondervind ernstige probleme om effektief met pasiënte/kliënte, kollegas, familie en vriende te kommunikeer. Kommunikasie vind plaas op 'n hoogs meganiese en berekende wyse, wat isolasie en onttrekking verder verhoog.

Schaufeli en Enzmann (aangehaal in Basson & Rothmann, 2002) het, in plaas van verhoudingsimptome, *motiveringsimptome* as vyfde kategorie onderskei. Dit impliseer 'n afname in die individu se intrinsieke motivering. Entoesiasme, belangstelling en idealisme verdwyn. In teenstelling hiermee tree ontnugtering en teleurstelling in. Op 'n interpersoonlike vlak manifesteer die motiveringskrisis in 'n verlies aan opregte belangstelling in pasiënte/kliënte, onverskilligheid en ontmoediging. Werksmotivering is swak en daar bestaan 'n sterk weerstand daarteen om werk toe te gaan.

Enkele ander simptome van uitbranding, soos saamgestel deur Kottler (1987), is die volgende:

- Daar bestaan 'n onwilligheid om werk in sosiale en familiekringe te bespreek;
- Oproepe word onwillig beantwoord en daar word nie geredelik op boodskappe gereageer nie;
- Die terapeut ervaar gevoelens van verligting wanneer die kliënt 'n afspraak kanselleer;
- Dagdromery en ontsnappingsfantasering is algemeen;
- Selfmedikering;
- Die terapeut raak agter met die uitvoering van administratiewe take;
- Die terapeut is huiwerig om die oorsake van en kure vir sy "uitgebrande toestand" te eksploreer.

#### **4.3 Voor- en nadele van die konseptualisering van uitbranding**

Studies aangaande die diskriminerende geldigheid van uitbranding het aangetoon dat die konsep moeilik van depresssie onderskeibaar was (Hallsten, 1993). "Emosionele uitputting" en "uitputting van bronne" is naby ekwivalente aan "verlaagde energie" en "chroniese moegheid", wat gewoonlik as kriteria vir die diagnose van 'n distimiese versteuring beskou word (American Psychiatric Association, 1994). Verder blyk die konseptualisering van uitbranding oorinsluitend te wees, deurdat dit verskillende gedrag en houdings onder dieselfde etiket klassifiseer (Hallsten, 1993).



Potensiële voordele van die gebruik van die konsep van uitbranding, is dat dit heelwat probleme binne die mensgerigte professies kan saamvat, en dat dit iets meer by die “geldiger” konsepte soos stres, fisiologiese spanning en depressie kan voeg (Hallsten, 1993).

#### **4.4 Verskille tussen uitbranding en verwante konsepte**

Die konsep van uitbranding is slegs relatief onderskeibaar van ander verwante konsepte soos stres, depressie en werksontevredenheid. Daar bestaan geen skerp grense nie (Maslach & Schaufeli, 1993). Uitbranding is altyd die resultaat van 'n langdurige proses en kan derhalwe as 'n spesiale geval van stres of depressie beskou word (Hallsten, 1993).

##### **4.4.1 Die verskil tussen uitbranding en stres**

Mills en Huebner (1998) het gesuggereer dat stresvolle werkservarings die individu nie alleen meer vatbaar kan maak vir uitbranding nie, maar dat hoë vlakke van uitbranding 'n individu kan predisponeer tot die ervaring van addisionele werkstres. Daar is dus 'n duidelike verband tussen werkstres en uitbranding, waaroor daar redelike konsensus in die literatuur bestaan (Collins, 2000; Gabassi, Cervai, Rozbowski, Semeraro & Gregori, 2002; Hughes, 1993; Mesmer, 2001; Peiro, Gonzalez-Roma, Tordera, & Manas, 2001; Price, 1998; Taris, Peeters, Le-Blanc, Schreurs, & Schaufeli, 2001; Weaver, 2001; Wertz, 2000; Zemirah, 2000). Resultate van twee studies het aangedui dat werkverwante stres 'n beduidende voorspeller was van emosionele uitputting en depersonalisasie by intern-sielkundiges (Wertz, 2000), asook uitbranding in ander mensgerigte en nie-mensgerigte diensleweringprofessies (Collins, 2000). Collins (2000) het verder gerapporteer dat werkverwante stres nie so 'n beduidende voorspeller was van verminderde persoonlike bekwaamheid as van emosionele uitputting en depersonalisasie nie.

Volgens Maslach (1993) is die emosionele uitputting-komponent van uitbranding, as dit met die ander twee komponente vergelyk word, die naaste aan 'n ortodokse stres-veranderlike. Dit is die komponent van uitbranding wat die meeste reageer op die stressors in die werksomgewing (Greenglass, Burke, & Konarski, 1998). Depersonalisasie, wat ietwat uniek is aan die mensgerigte professies, is 'n nuwe konstruk, wat nie in die stresliteratuur bestudeer is nie. Die konsep van verminderde persoonlike bekwaamheid lê tussen die twee uiterstes van die ortodokse en die nuwe (Jackson, Schwab, & Schuler, 1986). Beide depersonalisasie, wat 'n dimensie van interpersoonlike verhoudings vasvang, en verminderde persoonlike bekwaamheid, wat 'n dimensie van self-evaluasie reflekteer, voeg iets by die begrip van stres (Maslach, 1993).



Die relatiewe onderskeid tussen uitbranding en stres kan gemaak word ten opsigte van die tydsaspek. Uitbranding kan beskou word as die resultaat van langdurige werkstres en is derhalwe 'n langtermynproses (Maslach & Schaufeli, 1993). Uitbranding is nie noodwendig die resultaat van stres per sé nie, maar eerder die gevolg van onverwerkte stres, met geen "uitweg", sosiale ondersteuningstelsels of buffers nie (Farber, 1983). Die individu se vermoë om stres te hanteer, neem geleidelik af (Maslach, 1982), wat gepaardgaan met 'n gevoel van uitputting en moegheid (Meléndez & De Guzmán, 1983). Volgens Schaufeli en Enzmann (aangehaal in Basson & Rothmann, 2002) kan uitbranding beskou word as 'n spesifieke tipe langdurige stres. Dit is 'n multidimensionele, chroniese stresreaksie wat verder as die ervaring van blote uitputting strek. Uitbranding word beskou as die finale stap in die progressie van onsuksesvolle pogings om 'n verskeidenheid negatiewe stress toestande te hanteer.

Volgens Brill (aangehaal in Maslach & Schaufeli, 1993) verwys stres na 'n aanpassingsproses wat tydelik van aard is en gepaardgaan met sielkundige en fisiese simptome. Uitbranding, daarenteen, verwys na 'n ineenstorting van aanpassing, wat gepaardgaan met chroniese wanfunksionering. Stres en uitbranding kan slegs op grond van die proses onderskei word, en nie op grond van simptome nie.

Terwyl stres deur enigeen ervaar kan word, is dit gewoonlik diegene met hoë doelwitte, verwagtinge en motivering wat kan "uitbrand". 'n Verdere onderskeiding is dat uitbranding hoofsaaklik vanuit werk met mense resulteer, terwyl stres in 'n verskeidenheid situasies (byvoorbeeld siekte, werkloosheid en oorlog) kan voorkom. Dit is moontlik dat mense wat hul werk as betekenisvol ervaar, in stresvolle en veeleisende werksomstandighede kan floreer (Pines, 1993b). Alle stres is derhalwe nie disfunksioneel van aard nie (Van der Walt, 1993). Interessant is die feit dat uitbranding ook kan voorkom in situasies met lae, of selfs geen, stresvlakke. Dit is dus ook moontlik vir 'n werklose individu om "uit te brand" (Meléndez & De Guzmán, 1983).

#### **4.4.2 Die verskil tussen uitbranding en depressie**

Alhoewel uitbranding en depressie nou verwante konsepte is, tref navorsers tog 'n onderskeid tussen hierdie twee begrippe (Brenninkmeyer, Yperen, & Buunk, 2001; Reime & Steiner, 2001). Volgens Freudenberg (aangehaal in Maslach & Schaufeli, 1993) gaan depressie gewoonlik gepaard met skuldgevoelens, terwyl uitbranding in die konteks van woede voorkom. Hy meld verder dat die simptome van uitbranding geneig is om werkverwant en situasie-spesifiek, eerder as allesomvattend, te wees. Hierteenoor word depressie gewoonlik gekenmerk deur 'n veralgemening van simptome na alle situasies. Die fokus van intervensie by uitbranding is op werktogstande eerder as op intrapsigiese faktore (Farber, 1983).



Beide depressie en uitbranding impliseer negatiewe sienings ten opsigte van die omgewing, die self en die toekoms (Beck, 1976), sowel as emosionele uitputting en 'n depressiewe gemoedstoestand. Volgens die standpunt van Hallsten (1993), word uitbranding as 'n sekere tipe depressie beskou. 'n Studie waarin die verband tussen uitbranding en depressie ondersoek is, het aangetoon dat individue wat meer "uitgebrand" was, ook meer depressief was, en andersom. Hierdie verband was egter net van toepassing op die emosionele uitputting-komponent van uitbranding, en nie op die komponente van depersonalisasie en persoonlike bekwaamheid nie (McKnight & Glass, 1995). Navorsing aangaande die diskriminerende geldigheid van die Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981a), het 'n wesenlike verband tussen depressie en die emosionele uitputting-komponent van uitbranding, aangetoon. Die verband tussen depressie en die ander twee komponente van depersonalisasie en verminderde persoonlike uitputting was egter nie so sterk nie (Maslach & Schaufeli, 1993).

Volgens Gillespie (aangehaal in Farber, 1983) kan depressie as endogeen of eksogeen, sowel as aktief, passief of reaktief beskou word. Analooq hieraan onderskei hy tussen aktiewe en passiewe uitbranding. Eersgenoemde word gekenmerk deur vermydingstegnieke en spruit voort uit organisatoriese en sosiale faktore. Passiewe uitbranding word gekenmerk deur 'n verlies aan belangstelling en toewyding, en spruit waarskynlik in 'n groter mate voort uit interne sielkundige prosesse.

#### **4.5 Uitbranding in die hulpverlenende professies**

Die kwessie van uitbranding in die hulpverlenende professies is 'n onderwerp waaroor daar reeds uitgebreide literatuur bestaan (Brown & O'Brien, 1998; Leiter, 1991b; Maslach, 1982; Maslach, Lackson & Leiter, 1997; Meléndez & De Guzmán, 1983; Skorupa & Agresti, 1993; Thornton, 1992). Die uitbrandingsindroom manifesteer in verskeie professies, waarvan die geneeskunde- (Schweitzer, 1994), verpleegkunde- (Ferrett, 1999; Venter, 1993; Williams, 1989), maatskaplike werk- (Courage & Williams, 1986; Ross, 1993), polisiediens- (Burke, 1994), onderwys- (Chan & Hui, 1995) en geestesgesondheidsprofessies (Good et al., 1995; Hann, 1999; Huebner, 1993; Kramen-Kahn & Hansen, 1998; Linehan, Cochran, Mar, Levensky, & Comtois, 2000; Little, 2000; Metz, 1987; Raquepaw & Miller, 1989; Sandoval, 1993; Skorupa & Agresti, 1993; Smith, 1998; Snibbe, Radcliffe, Weisberger, Richards, & Kelly, 1989; Van der Ploeg et al., 1990) slegs enkele uitmaak.

Die manifestasies van die uitbrandingsindroom kan ernstige en diepgaande gevolge vir verbruikers, sowel as professionele persone inhou. Uitbranding kan lei tot 'n verswakking in die



kwaliteit van dienste deur die professionele werker verrig en hou verband met 'n verskeidenheid van onproduktiewe werksgedragsvorme (soos afwesigheid en 'n hoë personeelomset) in verskeie omgewings soos skole, gesondheidsorgsentrums en hospitale (Huebner, 1993).

In sielkundiges spesifiek manifesteer die uitbrandingsindroom in 'n verlies van empatie, respek en positiewe gevoelens jeens hulle pasiënte/kliënte. Dit gaan dikwels gepaard met 'n sekere graad van "depersonalisasie", 'n proses waardeur die terapeut op 'n vernederende of verkleinerende wyse na die pasiënt/kliënt verwys of aan hom/haar dink. Daar word byvoorbeeld gepraat van die pasiënt/kliënt as "opgemors", of dat die pasiënt/kliënt sy/haar probleme "verdien" (Skorupa & Agresti, 1993). Humanistiese behandeling vereis onder meer akkurate empatie en onvoorwaardelike aanvaarding (Corey, aangehaal in Skorupa & Agresti, 1993). 'n "Uitgebrande" terapeut is, volgens Hellman (aangehaal in Skorupa & Agresti, 1993), minder waaksaam teenoor die subtiliteit van 'n pasiënt/kliënt se kommunikasies en slaag derhalwe nie daarin om die pasiënt/kliënt effektief te volg en waar te neem nie.

Sielkundiges word deurgaans gekonfronteer met die probleme van andere, en hierdie interaksies is dikwels met sterk emosies gelaai. Wanneer 'n sielkundige met 'n groot aantal stresvolle interaksies gekonfronteer word, kan hy/sy simptome van uitbranding begin ervaar (Raquepaw & Miller, 1989) wat, kortom, verswakkende gevolge vir sy/haar lewe kan inhou (Huebner, 1993). Besorgdheid ontstaan derhalwe oor die etiese aspekte verbonde aan die voortsetting van professionele dienslewering terwyl uitbrandingsimptome teenwoordig is (Skorupa & Agresti, 1993).

Verskeie navorsers het matige vlakke van uitbranding, in terme van emosionele uitputting en depersonalisasie by sielkundiges (Fortener, 1999; Persing, 2000; Raquepaw & Miller, 1989; Van der Ploeg et al., 1990; Vredenburg et al., 1999) en intern-sielkundiges (Wertz, 2000) gerapporteer. Kaden (1999) se studie van uitbranding by sielkundiges op die doktrale vlak het matige vlakke van emosionele uitputting, maar lae vlakke van depersonalisasie aangetoon. Die meeste van die bogenoemde studies (Kaden, 1999; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg et al., 1999; Wertz, 2000) het egter lae vlakke van uitbranding met verwysing na die komponent van verminderde persoonlike bekwaamheid (en dus hoë vlakke van persoonlike bekwaamheid) vir dieselfde groepe sielkundiges aangedui. In teenstelling hiermee is 'n hoë gemiddelde telling vir verminderde persoonlike bekwaamheid deur Van der Ploeg et al. (1990), in hulle studie van Nederlandse psigoterapeute, gevind. Die studie van Metz (1987), waarin 'n steekproef Wes-Kaapse Suid-Afrikaanse kliniese sielkundiges bestudeer is, het matige vlakke van emosionele uitputting en verminderde persoonlike bekwaamheid, asook lae tot matige vlakke van depersonalisasie, by hierdie groep uitgewys.



#### **4.6 Die verband tussen stres (soos gemanifesteer in angste en depressie) en uitbranding**

Die literatuur dui hoofsaaklik op 'n positiewe verband tussen sekere stresmanifestasies (soos angste en depressie) en uitbranding. 'n Sterk positiewe korrelasie tussen komponente van uitbranding en persoonlikheidstrek-angste (Richardsen, Burke, & Leiter, 1992; Turnipseed, 1998; Vealey, Udry, Zimmerman, & Soliday, 1992) en situasie-gebonde angste (Naisberg-Fennig, Fennig, Keinan, & Elizur, 1991; Turnipseed, 1998) onderskeidelik, is reeds deur verskeie navorsers aangetoon. Die studie van Corrigan, Holmes en Luchins (1995) sluit hierby aan, deurdat 'n positiewe assosiasie tussen uitbranding en angste in 'n groep van 47 geestesgesondheidswerkers by 'n staatspsigiatrisie hospitaal, gevind is.

Wat die verband tussen depressie en uitbranding betref, is navorsers dit eens dat depressie positief korreleer met die komponente van uitbranding (Baba, Galperin, & Lituchy, 1999; Costa, 1995; Foreman, 1997; Iacovides, Fountoulakis, Moysidou, & Ierodiakonou, 1999; Johnson, 2001; Tselebis, Moulou, & Ilias, 2001; Wamsley, 1996). Foreman (1997) het 'n matige korrelasie tussen uitbranding en beide self-kritiese en afhanklike depressie gerapporteer. Self-kritiese depressie word gebruik om persone te klassifiseer wat prestasie-georiënteerd en kwesbaar vir gevoelens van mislukking is. Individue met afhanklike depressie ervaar gewoonlik gevoelens van hulpeloosheid en ongeliefdheid, asook 'n vrees vir verwerping (Foreman, 1997).

#### **4.7 Streshanteringstrategieë en uitbranding in die hulpverlenende professies**

Volgens Schaufeli en Enzmann (aangehaal in Jansen van Vuuren & Rothmann, 2002) is uitbranding 'n proses wat homself in stand hou. Dit beïnvloed die bereiking van professionele doelwitte en put die hulpbronne van die individu wat die proses en simptome van uitbranding moet hanteer, uit. Hoogs gemotiveerde individue wat voortdurend verhoed word om hulle doelwitte te bereik, is kwesbaar vir uitbranding wanneer hulle 'n gebrek aan die toepaslike streshanteringsvaardighede ervaar (Zemirah, 2000). Met effektiewe streshantering behoort werkstressors minder waarskynlik tot uitbranding te lei (Koeske et al., 1993), maar mense hanteer uitbranding op verskillende wyses. Sommige "uitgebrande" werkers verlaat hul professies, terwyl andere die "administratiewe leer klim" in 'n poging om van die emosionele eise wat die werk aan hulle stel, te ontsnap (Pines, 1993a). Pines en Kafry (aangehaal in Pines, 1993a) het in hul studie aangaande die verwantskap tussen uitbranding en streshantering vier kategorieë van streshantering geïdentifiseer, naamlik (1) aktief-direk (deur byvoorbeeld die persoon te konfronteer wat die stres veroorsaak); (2) onaktief-direk (deur byvoorbeeld die bron van stres te ignoreer); (3) aktief-indirek (deur byvoorbeeld betrokke te raak by ander aktiwiteite); en (4) onaktief-indirek (soos die gebruik van alkohol of dwelmmiddels). Hierdie studie het aangetoon dat aktiewe strategieë die



effektiefste was vir die hantering van uitbranding. Die oneffektiefste strategie was die onaktief-indirekte strategie.

'n Studie onder skillingwerkers, waarin die *Coping Orientations to Problems Experienced* (COPE) (Carver et al., 1989) as meetinstrument gebruik is, het positiewe korrelasies tussen sekere stresshanteringsmeganismes en die drie komponente van uitbranding aangedui. Tellings op die Emosionele Uitputting- en Depersonalisasie-skaal van die MBI het positief gekorreleer met die stresshanteringstrategie van sielkundige losmaking ("mental disengagement"), terwyl tellings op die Persoonlike Bekwaamheid-skaal met die volgende drie stresshanteringstrategieë geassosieer is: aktiewe stresshantering, positiewe herinterpretasie en groei, en beplanning. Hieruit blyk dit dus duidelik dat stresshanteringstrategieë wat die sielkundige verwydering of losmaking van 'n stresvolle situasie behels, verwant is aan beide emosionele uitputting en depersonalisasie (Brown & O'Brien, 1998). Soortgelyke resultate is ook deur Anderson (2000) verkry, wat 'n positiewe verband tussen losmaking en die drie komponente van uitbranding, naamlik emosionele uitputting, depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid, by kinderbeskermingsdienswerkers gerapporteer het. Nixon (1995) se bevindings vir Suid-Afrikaanse chirurgiese verpleegsters, met 'n positiewe korrelasie tussen sielkundige losmaking en emosionele uitputting, asook 'n positiewe korrelasie tussen losmakingsgedrag en al drie die komponente van uitbranding, sluit hierby aan. 'n Beduidende positiewe korrelasie tussen sielkundige losmaking en depersonalisasie, asook losmakingsgedrag en depersonalisasie, is vir 'n groep senior bestuurders van 'n vervaardigingsindustrie in Suid-Afrika bevind (Jansen van Vuuren & Rothmann, 2002). 'n Beduidende negatiewe korrelasie tussen losmakingsgedrag en gevoelens van persoonlike bekwaamheid, asook 'n beduidende positiewe korrelasie tussen sielkundige losmaking en emosionele uitputting, is ook vir twee afsonderlike groepe Suid-Afrikaanse aptekers bevind (Basson & Rothmann, 2002; Storm & Rothmann, 2002). Basson en Rothmann (2002) het verder 'n beduidende positiewe korrelasie tussen sielkundige losmaking en depersonalisasie in hulle steekproef aptekers aangetref. De Rijk, Le Blanc en Schaufeli (aangehaal in Storm & Rothmann, 2002) het, daarenteen, geargumenteer dat aktiewe stresshantering die negatiewe uitkomst (soos uitbranding) van werkverwante stressors teenwerk.

Vanuit die literatuur blyk dit dat die vermyding van 'n situasie positief korreleer met die komponente van uitbranding. Thornton (1992) se studie het uitgewys dat al drie die komponente van uitbranding geassosieer was met verhoogde ontvlugting-vermydingshantering by geestesgesondheidswerkers. Resultate van 'n ondersoek deur Chan en Hui (1995), wat uitbranding en stresshantering by Chinese onderwysers bestudeer het, het 'n verband tussen vermydingshanteringstrategieë en al drie die aspekte van uitbranding aangetoon. Hierdie bevindings het gesuggereer dat onderwysers wat van ontvlugting-vermydingshanteringstrategieë



gebruik gemaak het, meer geneig was tot uitbranding. Soortgelyke resultate is ook vir beraders (Cianfrini, 1997) verkry, wat hoër vlakke van uitbranding met die gebruik van vermydende stresshanteringstrategieë, en laer vlakke van uitbranding met die gebruik van probleemgerigte stresshanteringstrategieë ervaar het. Rohmann (aangehaal in Storm & Rothmann, 2002) het bevind dat sielkundiges wat vermydingstrategieë gebruik het as 'n reaksie op werkstres, hoër vlakke van depersonalisasie en emosionele uitputting ervaar het.

'n Negatiewe verband tussen die gebruik van probleemgerigte stresshanteringstrategieë en al drie die komponente van uitbranding in 'n steekproef van 220 onderwysers, is deur Konert (1998) gerapporteer. Die studie van Sears et al. (2000) het gedui op 'n positiewe assosiasie tussen die gebruik van emosiegerigte stresshanteringstrategieë en die drie komponente van uitbranding, asook 'n negatiewe assosiasie tussen die gebruik van probleemgerigte stresshanteringstrategieë en die drie komponente van uitbranding. Nixon (1995) se bevindings sluit hierby aan, deurdat 'n negatiewe korrelasie tussen die implementering van sekere probleemgerigte stresshanteringstrategieë soos beplanning, die soeke na instrumentele ondersteuning en positiewe herformulering, en die verminderde persoonlike bekwaamheidskomponent van uitbranding gevind is. In die geval van beplanning is daar ook 'n negatiewe korrelasie met emosionele uitputting aangetoon. 'n Beduidende positiewe korrelasie tussen beplanning en gevoelens van persoonlike bekwaamheid is vir 'n groep Suid-Afrikaanse senior bestuurders (Jansen van Vuuren & Rothmann, 2002) en aptekers (Storm & Rothmann, 2002) onderskeidelik bevind. Basson en Rothmann (2002) sowel as Storm en Rothmann (2002) het verder 'n beduidende positiewe korrelasie tussen positiewe herformulering en gevoelens van persoonlike bekwaamheid by Suid-Afrikaanse aptekers aangetref.

Shinn en Morch (aangehaal in Farber, 1983) het die mening uitgespreek dat die hantering van stres en uitbranding op individuele, groeps- en organisatoriese vlakke kan plaasvind. Hulle studie het aangetoon dat probleemgerigte stresshanteringstrategieë meer effektief op die individuele en groepsvlakke was, terwyl emosiegerigte strategieë meer effektief op organisatoriese vlakke was.

Die verband tussen die gebruik van humor en die ervaring van uitbranding is deur verskeie navorsers uitgewys. 'n Positiewe korrelasie tussen die gebruik van humor as stresshanteringstrategie en persoonlike bekwaamheid, asook 'n negatiewe korrelasie tussen die gebruik van humor en die ervaring van emosionele uitputting en depersonalisasie onderskeidelik, is in verskeie studies aangetoon (Bowden, 2000; Mesmer, 2001; Talbot & Lumden, 2000). Dit blyk dat humor 'n sinvolle bydrae tot die voorkoming of vermindering van professionele uitbranding in terapeute kan lewer (Franzini, 2001).



Vorige navorsingsbevindings het gesuggereer dat die waarskynlikheid vir uitbranding by geestesgesondheidswerkers wat van kontrole-gebaseerde streshanteringstrategieë gebruik maak het, kleiner was (Koeske et al., 1993; Leiter, 1991b). Die gebruik van laasgenoemde strategieë was verwant aan laer vlakke van emosionele uitputting en depersonalisasie (Lee & Ashforth, 1996) en 'n meer positiewe assessering van persoonlike bekwaamheid (Lee & Ashforth, 1996; Leiter, 1991b). Streshantering deur middel van kontrole impliseer 'n vlak van optimisme en energie, wat gewoonlik afwesig is tydens die ervaring van uitbranding (Leiter, 1991b).

Die literatuur dui verder op 'n negatiewe verband tussen sosiale ondersteuningsoeke en uitbranding (Smith, 1998), en daar is bevind dat genoegsame sosiale ondersteuning tot laer vlakke van emosionele uitputting en depersonalisasie by sielkundiges gelei het (Aragones, 2001). Volgens Himle, Jayaratne en Thyness (aangehaal in Greenglass et al., 1998) word betekenisvolle kennis en praktiese hulp geassosieer met laer vlakke van uitbranding. Brown en O'Brien (1998) se studie van skuilingwerkers het negatiewe korrelasies tussen sosiale ondersteuning en beide emosionele uitputting en depersonalisasie aangetoon. Die bevindings van Nixon (1995), met 'n beduidende positiewe verband tussen die soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele en emosionele redes, en gevoelens van persoonlike bekwaamheid by verpleegsters, sluit hierby aan. Soortgelyke resultate vir die depersonalisasie-komponent van uitbranding, is ook deur Greenglass, Fiksenbaum en Burke (1996), ten opsigte van onderwysers gerapporteer.

'n Positiewe verband tussen die gebruik van ontkenning as streshanteringstrategie en uitbranding is ook deur Nixon (1995) gerapporteer. Verpleegsters wat werkverwante stres hanteer het deur dit te ontken, het beduidend meer emosionele uitputting, depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid ervaar.

#### **4.8 Die verband tussen biografiese veranderlikes en uitbranding**

'n Beduidende negatiewe korrelasie tussen ouderdom en metings van emosionele uitputting en depersonalisasie is konsekwent in die literatuur gerapporteer (Ackerley, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988; Czerniakowski, 1996; Dunn, 2000; Metz, 1987; Smith 1998; Van der Ploeg et al., 1990; Van Morkhoven, 1998; Vredenburg et al., 1999). Huberty en Huebner (1988) se verklaring vir die negatiewe verband tussen ouderdom en uitbranding is dat diegene wat laer vlakke van uitbranding op 'n hoër ouderdom rapporteer, moontlik oor sekere persoonlikheidseienskappe beskik wat hulle minder vatbaar maak vir uitbranding. Faktore soos verskille in werkgewoontes en verwagtinge kan 'n bykomende verklaring bied vir die omgekeerde verwantskap tussen ouderdom en uitbranding. Ouderdom impliseer ook 'n gebalanseerdheid, stabiliteit en volwassenheid (Maslach, 1982). Maslach (1982) het verder afgelei dat mense gewoonlik aan die begin van hulle loopbane



gevoelens van uitbranding ervaar, en gevolglik geneig sal wees om die professie te verlaat. Diegene wat die aanvanklike bedreigings ten opsigte van uitbranding kon weerstaan, bly in die professie. Ouer mense is dus die “oorlewendes”, wat nie uitgebrand het nie, of daarin geslaag het om die bedreigings wat vroeg in hulle loopbane na vore gekom het, te oorwin en te “oorleef”. Vandaar die negatiewe korrelasie tussen ouderdom en uitbranding.

Maslach en Jackson (1981b) het gerapporteer dat vroue hoër tellings op metings van emosionele uitputting behaal het, terwyl mans hoër tellings op metings van depersonalisasie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid behaal het. Maslach (1982) sluit hierby aan deur te meld dat vroue geneig is om meer emosionele uitputting te ervaar as mans, terwyl mans meer depersonalisasie teenoor hulle pasiënte/kliënte sal openbaar as hulle met hulle vroulike kollegas vergelyk word. Ander studies (Kaden, 1999; Vredenburg et al., 1999) het ook aangetoon dat manlike sielkundiges beduidende hoër tellings as vroue op die Depersonalisasie-subskale van die MBI behaal het. Die bevindings van Van Morkhoven (1998), met hoër vlakke van uitbranding by manlike sielkundiges in Texas, sluit hierby aan. Teenstrydig hiermee is die hoër vlakke van uitbranding by onderwyseresse, wat deur Farwell (1999) gerapporteer is. Ander studies het geen beduidende verskille tussen mans en vroue ten opsigte van uitbranding, in terme van enige van die drie MBI-subskale gerapporteer nie (Ackerley et al., 1988; Metz, 1987; Pradhan & Misra, 1996; Raquepaw & Miller, 1989; Smith, 1998). Gegewe die teenstrydigheid van hierdie bevindings, is die verband tussen geslag en uitbranding onduidelik (Vredenburg et al., 1999).

Die waarskynlikheid van stres (Boice & Myers, aangehaal in Thoreson et al., 1989) en uitbranding (Ackerley et al., 1988; Aragones, 2001; Raquepaw & Miller, 1989; Van Morkhoven, 1998; Vredenburg et al., 1999) by sielkundiges wat werksaam is in die publieke sektor, is hoër as vir die privaatpraktik. Fortener (2000) het bevind dat terapeute (wat kliniese beraders en sielkundiges ingesluit het) wat selfwerksaam was, beduidende laer tellings op die Emosionele Uitputting- en Depersonalisasie-subskale van die MBI behaal het as hul kollegas wat nie selfwerksaam was nie. Aragones (2001) het gerapporteer dat werksaamheid in die privaatpraktik “veiliger” was in terme van depersonalisasie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid. Van Morkhoven (1998) het in ’n studie van sielkundiges in die Amerikaanse staat Texas hoër vlakke van uitbranding gerapporteer by praktisyns in staatsinstansies, skoolsisteme en administratiewe poste, teenoor diegene betrokke in die privaatpraktik of ’n universiteitsopset. Raquepaw en Miller (1989) se bevindings dui daarop dat psigoterapeute wat in ’n agentskap-opset (“agency setting”) werksaam was, meer emosionele uitputting en minder persoonlike bekwaamheid as hulle kollegas in privaatpraktik gerapporteer het. Die moontlike redes wat hiervoor aangevoer is, was spesifieke veranderlikes soos addisionele papierwerk wat van agentskapwerkers vereis word, meer personeelvergaderings, die aard van die pasiënt-/kliëntkorps, swakker salarisse, en ’n gebrek aan



persoonlike kontrole of rolduidelikheid. Die mate van outonomie en inkomste wat met die privaatpraktyk geassosieer word, bied ook 'n geldige verklaring vir bogenoemde konsekwente bevindings in studies van uitbranding by sielkundiges (Vredenburg et al., 1999).

Daar bestaan 'n beduidende verband tussen sekere professionele veranderlikes, soos veral die aantal pasiënte/kliënte-kontakure per week, en die vlak van uitbranding by sielkundiges (Ackerley et al., 1988; Kaden, 1999; Raquepaw & Miller, 1989; Skorupa & Agresti, 1993; Vredenburg et al., 1999). 'n Studie van sielkundiges op die doktorale vlak het aangedui dat die totale ure wat per week aan professionele aktiwiteite bestee is, 'n beduidende positiewe voorspeller was van tellings op die Emosionele Uitputting-subskaal van die MBI (Kaden, 1999). Hierdie bevinding is deur Persing (2000), wat 'n positiewe verband tussen die aantal pasiënte/kliënte-ure of konsultasietyd en emosionele uitputting by praktiserende sielkundiges bevind het, ondersteun. Wertz (2000) het beduidende positiewe korrelasies tussen die aantal ure wat daar aan pasiënte/kliënte-assessering bestee is en beide emosionele uitputting en depersonalisasie by intern-sielkundiges bevind. Soortgelyke resultate is vir informele versorgers van kankerpatiënte verkry (Bradley, 2000).

Bevindings in die literatuur (Ackerley et al., 1988; Vredenburg et al., 1999) dui op 'n positiewe verband tussen gevallelading en uitbranding, soos aangedui op die Persoonlike Bekwaamheid-subskaal van die MBI. Resultate van 'n studie deur Raquepaw en Miller (1989) het aangetoon dat terapeute se gevallelading nie 'n beduidende invloed op hul gevoelens van uitbranding uitgeoefen het nie; intendeel, hoe hoër die gevallelading was, hoe hoër was die tellings op die Persoonlike Bekwaamheid-subskaal van die MBI. Die tevredenheid met die terapeut se gevallelading - en nie die gevallelading op sigself nie - het egter uitbranding beïnvloed. Terapeute wat byvoorbeeld aangedui het dat hul ideale gevallelading kleiner as hul huidige gevallelading was, het hoër tellings op die Emosionele Uitputting-subskaal behaal as diegene wat aangedui het dat hul ideale gevallelading dieselfde of groter as hul huidige gevallelading was. Deelnemers wat hulself as oorlaai beskou het, het ook hoër tellings op die Depersonalisasie-subskaal behaal. Hieruit blyk dit dus duidelik dat dit eerder die *persepsie* van te veel pasiënte/kliënte was, en nie die werklike aantal pasiënte/kliënte nie, wat 'n beduidende invloed op gevoelens van uitbranding uitgeoefen het (Raquepaw & Miller, 1989). Die bogenoemde bevindings is deur Ackerley et al. (1988) en Vredenburg et al. (1999) ondersteun. Beide studies het 'n positiewe korrelasie tussen pasiënte-/kliëntelading en gevoelens van persoonlike bekwaamheid gerapporteer. Geen verband tussen pasiënte-/kliëntelading en emosionele uitputting of depersonalisasie is egter aangedui nie. 'n Moontlike verklaring wat Vredenburg et al. (1999) hiervoor bied, is dat sielkundiges die persepsie mag hê dat hulle meer geleentheid het om andere te help, en in privaatpraktyk 'n hoër inkomste kan verdien wanneer die pasiënte-/kliëntelading toeneem. Dit kan gevoelens van persoonlike bekwaamheid verhoog en gevoelens van depersonalisasie en emosionele uitputting verlaag.



Ander studies het 'n positiewe verband tussen pasiënte-/kliëntelading en emosionele uitputting en depersonalisasie, asook 'n negatiewe verband tussen pasiënte-/kliëntelading en gevoelens van persoonlike bekwaamheid gerapporteer (Friesen & Sarros; 1989; Maslach & Jackson, 1981b). Thompson (1999) het hierdie bevindings gedeeltelik ondersteun deur 'n positiewe verband tussen pasiënte-/kliëntelading en emosionele uitputting by sielkundiges te rapporteer. Volgens Maslach (1982) word die kontak tussen die helper en die ontvanger (pasiënt/kliënt) geminimaliseer namate die gevallelading toeneem. Die kwantiteit sowel as kwaliteit van die kontak verander. Die helper ontwikkel 'n selektiewe fokus op die probleme in die pasiënt/kliënt se lewe, aangesien daar nie tyd is om te "mors" op aspekte wat reeds bevredigend is nie. Hierdie fokus op probleme bevorder dan 'n negatiewe siening van die pasiënt/kliënt.

Vier studies aangaande die verband tussen uitbranding en terapeutiese oriëntasie, oftewel terapeutiese modaliteit, is in die literatuur aangetref. Die bevindings van Aragones (2001), wat 'n steekproef van 175 sielkundiges ingesluit het, het aangetoon dat sielkundiges wat kognitiewe gedragsterapie in die praktyk toegepas het, die minste uitgebrand was, terwyl diegene wat die humanisties-eksistensiële perspektief onderskryf het, die meeste uitgebrand was. Benevides en Moreno-Jiménez (2001) het in hulle studie aangetoon dat Spaanse sielkundiges wat 'n gedragsterapeutiese benadering toegepas het, min nadelige gevolge (soos uitbranding) ervaar het. Die studies van Raquepaw en Miller (1989) en Ackerley et al. (1988) het, daarenteen, weer geen verband tussen terapeutiese oriëntasie en uitbranding by sielkundiges aangetoon nie.

Wat die verband tussen huwelikstatus en uitbranding betref, is die literatuur teenstrydig. Volgens Maslach (1982) ervaar enkellopendes die meeste uitbranding, terwyl getroudes die minste uitbranding ervaar. Geskeides val tussen die twee groepe; hulle is nader aan die enkellopendes in terme van hoër emosionele uitputting, maar nader aan die getroudes in terme van laer depersonalisasie en 'n sterker gevoel van persoonlike bekwaamheid. Dit stem ooreen met die studie van Maslach en Jackson (1981b), wat bevind het dat enkellopende of geskeide individue hoër tellings vir emosionele uitputting behaal het as diegene wat getroud of in verhoudings was. Metz (1987) se bevinding dat ongetroude sielkundiges beduidende hoër tellings vir emosionele uitputting behaal het as hulle getroude kollegas, sluit gedeeltelik hierby aan. Ander navorsers het geen beduidende verband tussen huwelikstatus en uitbranding aangetoon nie (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg et al., 1999).

Sekere pasiënt/kliënt-eienskappe soos die openbaring van stresvolle gedrag (byvoorbeeld selfmoordgedrag, aggressie en limiettoetsing) deur pasiënte/kliënte, is ook as bydraende faktore in die uitbranding van sielkundiges bevind (Skorupa & Agresti, 1993). Goodman (1997) het hierdie



bevindings ondersteun deur aan te toon dat die hantering van pasiënt/kliënt-selfmoordgedrag stres en uitbranding by terapeute bevorder het.

Die vlak van uitbranding is 'n voorspeller van die intensie om die professie te verlaat (Ackerley et al., 1988; Blankertz & Robinson, 1996; Geurts, Schaufeli, & De Jonge, 1998; Harrington, Bean, Pintello, & Mathews, 2001; Levenson, 1999; Smith, 1998; Raquepaw & Miller, 1989; Ross, Greenfield, & Bennett, 1999). Ackerley et al. (1988) het gerapporteer dat meer as 'n derde van die respondente in hul studie hoë vlakke van emosionele uitputting (39.9%) en depersonalisasie (34.4%) ervaar het. Een-en-twintig persent het erken dat hulle 'n ander professie sou gekies het as hulle weer voor 'n keuse te staan sou kom. Smith (1998) het in haar studie van Suid-Afrikaanse sielkundiges bevind dat byna al die lede van die hoë uitbrandingsgroep gedurende die voorafgaande jaar 'n verandering van beroep oorweeg het. Ross et al. (1999) het gerapporteer dat VIGS-vrywilligers wat hulle dienste gestaak het, beduidende hoër vlakke van depersonalisasie ondervind het as diegene wat voortgegaan het om as vrywilligers te werk. Soortgelyke resultate vir ander geestesgesondheidswerkers is ten opsigte van emosionele uitputting (Harrington et al., 2001; Levenson, 1999), asook verminderde persoonlike bekwaamheid (Levenson, 1999) gerapporteer.

Wat die beskikbare Suid-Afrikaanse navorsingsliteratuur oor die afgelope vyftien jaar betref, kon slegs twee studies oor uitbranding by kliniese of voorligtingsielkundiges, of beide, opgespoor word. Die bevindings van beide Metz (1987) en Smith (1998) het aangedui dat sielkundiges in Suid-Afrika relatief min tot matige uitbranding ervaar het. Slegs 'n klein insidensie (6%) van hoë uitbranding is deur Smith (1998) gerapporteer, terwyl Metz (1987) se studie lae tot matige vlakke van uitbranding geopenbaar het. Daar moet egter, met verwysing na die laasgenoemde studie, in gedagte gehou word dat die steekproef slegs tot kliniese sielkundiges in die Wes-Kaap beperk was en dat dit derhalwe nie 'n akkurate weerspieëling van die totale Suid-Afrikaanse populasie van sielkundiges was nie. Smith (1998) se landwye steekproef het, daarenteen, sielkundiges vanuit al vyf die huidige Suid-Afrikaanse registrasiekategorieë ingesluit, naamlik klinies, voorligting, opvoedkundig, navorsing en bedryf. Geen vorige Suid-Afrikaanse ondersoeke aangaande stres hantering en uitbranding het dus intensief gefokus op 'n landwye verteenwoordigende steekproef van kliniese en voorligtingsielkundiges - die groepe wat op die mees diepgaande emosionele vlak as psigoterapeute met pasiënte/kliënte werk - nie. Ook het geen vorige Suid-Afrikaanse studie ondersoek ingestel na die invloed wat stres hanteringstrategieë op uitbranding by sielkundiges het nie.



## 5. SAMEVATTING

Die belangrikste bevindings vanuit die literatuuroorsig, wat betrekking het op die huidige studie, kan soos volg saamgevat word:

- Metings van beide angs (Derogatis & Coons, 1993; Somhlaba, 2002; Spangenberg & Campbell, 1999; Spangenberg & Theron, 1999, 2001; Spielberger et al., 1983) en depressie (Derogatis & Coons, 1993; Somhlaba, 2002; Spangenberg & Lacock, 2001; Spangenberg & Theron, 2001; Wamsley, 1996) is reeds in verskeie vorige ondersoeke aanvaar as aanduidings van die emosionele manifestasies van stres.
- Angs (Mahoney, 1997; Radeke & Mahoney, 2000) en depressie (Gilroy et al., 2001; Grosch & Olsen, 1994; Mahoney, 1997; Pope & Tabachnick, 1994; Radeke & Mahoney, 2000; Thoreson et al., 1989) is van die mees algemene geestesgesondheidsprobleme wat deur sielkundiges ondervind word.
- Verskeie navorsers het aangetoon dat sielkundiges in die praktyk op 'n gereelde basis aan stresvolle omstandighede blootgestel word (Coster & Schwebel, 1997; Cushway & Tyler, 1996; Guy & Liaboe, 1986; Murtagh & Wollersheim, 1997). Die ervaring van stres kan 'n belemmering in werksfunksionering tot gevolg hê (Sherman & Thelen, 1998).
- Volgens Folkman en Lazarus (1991) gebruik die meeste mense probleem- sowel as emosiegerigte stresshanteringstrategieë. Vir die doeleindes van doeltreffende stresshantering, moet beide teenwoordig wees (Folkman & Lazarus, 1980).
- Effektiewe hantering van die stressors verbonde aan die mensgerigte professies, kan 'n hoër vlak van fisiese en geestesgesondheid by die diensleweransiers teweegbring. Dit kan dan op sy beurt weer 'n verbetering van dienslewering teenoor pasiënte/kliënte tot gevolg hê (Koeske et al., 1993).
- Volgens die bevindings van verskeie navorsers (Cushway, 1992; Cushway et al., 1996; Cushway & Tyler, 1994, 1996; Koeske et al., 1993), bestaan daar 'n negatiewe verband tussen die gebruik van aktiewe stresshanteringstrategieë en sielkundige problematiek, asook 'n positiewe verband tussen die gebruik van vermydingstrategieë en sielkundige problematiek by geestesgesondheidswerkers.



- 'n Negatiewe verband tussen aspekte van sosiale ondersteuning en angs (Nakano, 1991; Osseiran-Waines & Elmacian, 1994), asook depressie (Chi & Chou, 2001; MaloneBeach & Zarit, 1995; Nakano, 1991), is in vorige studies uitgewys.
- 'n Beduidende positiewe korrelasie tussen depressie en die gebruik van selfblamering om stres te hanteer, is deur verskeie navorsers bevind (Anderson et al., 1994; Flett et al., 1990; Gilbert & Miles, 2000; Haenninen & Aro, 1996; Wu, 1995).
- Sekere navorsers (Bifulco & Brown, 1996; Flynn, 1997) het 'n positiewe verband tussen ontkenning en depressie aangetoon, alhoewel daar aanduidings bestaan vir die funksionaliteit van ontkenning tydens die aanvangstadium van 'n stresvolle situasie (Weinshenker, 1997).
- Daar bestaan 'n positiewe verband tussen die gebruik van stresshanteringstrategieë wat die losmaking of verwydering van 'n stresvolle situasie behels, en simptome van depressie (Fillion et al., 2002; Flynn, 1997; Mosley et al., 1994).
- Die positiewe uitwerking van die beoefening van geloof in die hantering van stres, is in verskeie studies uitgewys (Pargament, 1997; Siegel & Schrimshaw, 2002; Spilka et al., 1991).
- Die literatuur dui op 'n negatiewe verband tussen probleemgerigte stresshanteringstrategieë en depressie (Kolenc et al., 1990), en 'n positiewe verband tussen emosiegerigte stresshanteringstrategieë en depressie (Courbasson et al., 2002; Kolenc et al., 1990; Sears et al., 2000).
- Wanneer 'n sielkundige met 'n groot aantal stresvolle interaksies gekonfronteer word, kan hy/sy simptome van uitbranding begin ervaar (Rauepaw & Miller, 1989), wat verswakkende gevolge vir sy/haar lewe kan inhou (Huebner, 1993). Effektiewe stresshantering behoort uitbranding te verhoed (Koeske et al., 1993).
- Positiewe korrelasies tussen angs en uitbranding (Corrigan et al., 1995; Naisberg-Fennig et al., 1991; Richardsen et al., 1992; Turnipseed, 1998; Vealy et al., 1992), asook tussen depressie en uitbranding (Baba et al., 1999; Costa, 1995; Foreman, 1997; Iacovides et al., 1999; Johnson, 2001; Tselebis et al., 2001; Wamsley, 1996) is in die literatuur gerapporteer.



- Vorige bevindings dui op 'n positiewe korrelasie tussen uitbranding en stresshanteringstrategieë wat die verwydering of losmaking van 'n stresvolle situasie behels (Anderson, 2000; Basson & Rothmann, 2002; Brown & O'Brien, 1998; Jansen van Vuuren & Rothmann, 2002; Nixon, 1995; Storm & Rothmann, 2002), asook 'n negatiewe korrelasie tussen uitbranding en probleemgerigte stresshanteringstrategieë (Basson & Rothmann, 2002; Brown & O'Brien, 1998; Jansen van Vuuren & Rothmann, 2002; Konert, 1998; Nixon, 1995; Sears et al., 2000; Storm & Rothmann, 2002).
- Die stresshanteringstrategie van vermyding het in vorige studies positief gekorreleer met die komponente van uitbranding (Chan & Hui, 1995; Cianfrini, 1997; Thornton, 1992).
- Humor blyk 'n positiewe uitwerking ten opsigte van die vermindering van uitbranding tot gevolg te hê (Bowden, 2000; Franzini, 2001; Mesmer, 2001; Talbot & Lumden, 2000).
- Die waarskynlikheid vir uitbranding by geestesgesondheidswerkers wat van kontrole-gebaseerde stresshanteringstrategieë gebruik maak, blyk kleiner te wees (Koeske et al., 1993; Lee & Ashforth, 1996; Leiter, 1991b).
- 'n Negatiewe verband tussen sosiale ondersteuning en uitbranding is deur verskeie navorsers gerapporteer (Aragones, 2001; Brown & O'Brien, 1998; Greenglass et al., 1996; Nixon, 1995; Smith, 1998).
- Daar bestaan 'n positiewe verband tussen ontkenning en uitbranding (Nixon, 1995).
- Beduidende verbande tussen uitbranding en verskeie demografiese faktore, soos ouderdom (Ackerley et al., 1988; Czerniakowski, 1996; Dunn, 2000; Huberty & Huebner, 1988; Metz, 1987; Smith 1998; Van der Ploeg et al., 1990; Van Morkhoven, 1998; Vredenburg et al., 1999), geslag (Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981b), werkzaamheid in die publieke sektor teenoor privaatpraktyk (Ackerley et al., 1988; Aragones, 2001; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg et al., 1999), die aantal pasiënte/kliënte-kontakure per week (Ackerley et al., 1988; Kaden, 1999; Raquepaw & Miller, 1989; Skorupa & Agresti, 1993; Vredenburg et al., 1999), gevallelading (Ackerley et al., 1988; Friesen & Sarros, 1989; Maslach & Jackson, 1981b; Vredenburg et al., 1999), terapeutiese oriëntasie (Aragones, 2001; Benevides & Moreno-Jiménez, 2001), en die intensie om die professie te verlaat (Ackerley et al., 1988; Geurts et al., 1998; Smith, 1998; Raquepaw & Miller, 1989), is in vorige studies aangetoon.



## HOOFSTUK III

### DOELSTELLINGS EN NAVORSINGSVRAE

#### 1. DOELSTELLINGS

Die primêre doelstelling van die huidige studie was om die verband tussen stres, soos gemanifesteer in angs (Derogatis & Coons, 1993; Spielberger et al., 1983; Wheaton, 1996) en depressie (Derogatis & Coons, 1993; Wamsley, 1996; Wheaton, 1996), stresshanteringstrategieë en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges te ondersoek.

Sekondêre doelstellings van die studie was:

1. Om ondersoek in te stel na die voorkoms van angs en depressie by kliniese en voorligtingsielkundiges.
2. Om die vlakke van uitbranding by kliniese en voorligtingsielkundiges vas te stel.
3. Om ondersoek in te stel na die stresshanteringstrategieë wat deur kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word.
4. Om vas te stel watter stresshanteringstrategieë wat deur kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, verband hou met angs, depressie, uitbranding en biografiese veranderlikes onderskeidelik.
5. Om die verband tussen uitbranding en angs en depressie onderskeidelik vas te stel.

#### 2. NAVORSINGSVRAE

Die huidige ondersoek was hoofsaaklik verkennend van aard. Vorige Suid-Afrikaanse studies aangaande die onderwerp van uitbranding was òf slegs beperk tot kliniese sielkundiges in die Wes-Kaap (Metz, 1987), òf het sielkundiges in al vyf die huidige registrasiekategorieë van klinies, voorligting, opvoedkundig, bedryf en navorsing, in die steekproef ingesluit (Smith, 1997). Geen vorige studie wat spesifiek gefokus het op die verband tussen stresshanteringstrategieë en uitbranding by kliniese en voorligtingsielkundiges in Suid-Afrika, kon in die navorsingsliteratuur



opgespoor word nie. In plaas daarvan om spesifieke hipoteses te formuleer, is die huidige studie dus uitgevoer deur spesifieke navorsingsvrae te formuleer en te beantwoord.

Die volgende navorsingsvrae is ondersoek:

1. Wat is die mate van stres, soos gemanifesteer in **angs**, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom?
2. Wat is die mate van stres, soos gemanifesteer in **depressie**, wat Suid-Afrikaanse by kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom?
3. Wat is die vlakke van **uitbranding** (emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid) wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom?
4. Watter streshanteringstrategieë word deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik?
5. Watter tipes **streshanteringstrategieë** by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges hou verband met **angs**?
6. Watter tipes **streshanteringstrategieë** by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges hou verband met **depressie**?
7. Wat is die verband tussen **angs** en **uitbranding** by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges?
8. Wat is die verband tussen **depressie** en **uitbranding** by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges?
9. Watter **streshanteringstrategieë** by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges hou verband met **uitbranding**?
10. Wat is die invloed van die volgende **biografiese veranderlikes** op uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges?
  - 10.1 Ouderdom
  - 10.2 Geslag
  - 10.3 Werkzaamheid in die publieke sektor, opleidingsinstansie of privaatpraktyk
  - 10.4 Aantal pasiënte/kliënte-ure per week
  - 10.5 Aantal jare in praktyk
  - 10.6 Terapeutiese modaliteit
  - 10.7 Huwelikstatus
  - 10.8 Probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse
  - 10.9 Probleme met oninbare skulde



## HOOFSTUK IV

### METODE VAN ONDERSOEK

#### 1. DEELNEMERS

##### 1.1 Steekproeftrekking

Die name en adresse van alle Suid-Afrikaanse sielkundiges ( $N = 2674$ ), wat gedurende 2001 geregistreer was in die kategorieë Kliniese en Voorligtingsielkunde onderskeidelik, is op aanvraag deur die Raad vir Gesondheidsberoepe van Suid-Afrika (RGSA) aan die navorser verskaf. Die populasie is vervolgens ten opsigte van woonagtigheid in die nege landsprovinsies ingedeel. Die indeling in provinsiale subgroepe het volgens poskodes geskied. Vanuit elke provinsiale subgroep is dieselfde persentasie deelnemers vir die steekproef geselekteer ('n eweredige gestratifiseerde steekproef). 'n Totale steekproef van 1000 is op dié wyse met behulp van die rekenaarprogram MATLAB op 'n ewekansige wyse geselekteer. Deelnemers was dus verteenwoordigend van die populasie van kliniese en voorligtingsielkundiges wat in 2001 in Suid-Afrika geregistreer was. Aangesien sielkundiges wat onder die bogenoemde twee kategorieë ressorteer, die meeste pasiënte-/kliëntewerk verrig (wat direk verband hou met uitbranding), was dit aangewese om die steekproef slegs tot hierdie kategorieë te beperk. Sodoende kon die voorkoms van "vals negatiewe" (deelnemers wat min/geen uitbranding toon as gevolg van min/geen betrokkenheid by pasiënte/kliënte) uitgeskakel word.

##### 1.2 Verspreiding van deelnemers

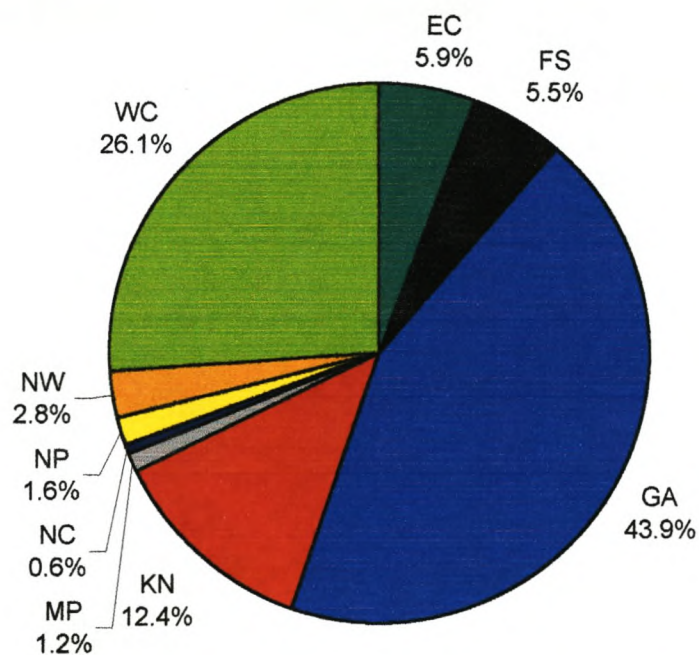
Die verspreiding van deelnemers ten opsigte van biografiese eienskappe word in Tabela 1 - 12 weergegee. Die verspreiding van kliniese en voorligtingsielkundiges wat in 2001 in Suid-Afrika geregistreer was, wat ook die verspreiding van die aanvanklike steekproef weerspieël, word in Figuur 1 visueel voorgestel. Figuur 2 verteenwoordig 'n visuele voorstelling van die verspreiding van sielkundiges wat aan die huidige studie deelgeneem het.



Tabel 1

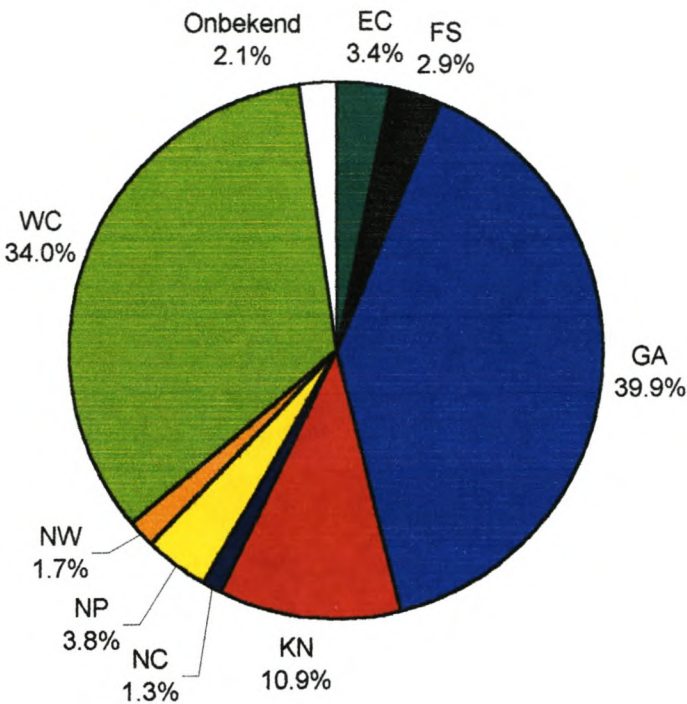
Verspreiding van Deelnemers volgens Provinsie waarin Woonagtig (N = 238)

Provinsie	f	%
Oos-Kaap (EC)	8	3.4
Vrystaat (FS)	7	2.9
Gauteng (GA)	95	39.9
KwaZulu-Natal (KN)	26	10.9
Noord-Kaap (NC)	3	1.3
Noordelike Provinsie (NP)	9	3.8
Noord-Wes (NW)	4	1.7
Wes-Kaap (WC)	81	34.0
Mpumalanga (MP)	0	0
Geen provinsie geantwoord	5	2.1



**Figuur 1:** Verspreiding van geregistreerde kliniese en voorligtingsielkundiges in Suid-Afrika in 2001.





**Figuur 2:** Verspreiding van geregisteerde kliniese en voorligtingsielkundiges wat aan die huidige studie deelgeneem het.

**Tabel 2**

**Verspreiding van Deelnemers volgens Geslag (N = 238)**

Geslag	f	%
Manlik	100	42.0
Vroulik	138	58.0

**Tabel 3**

**Verspreiding van Deelnemers volgens Huwelikstatus (N = 238)**

Huwelikstatus	f	%
Getroud	162	68.1
Nooit getroud	45	18.9
Geskei	31	13.0
Vervreemd	0	0



Tabel 4

Verspreiding van Deelnemers volgens Ouderdom (N = 238)

Ouderdom in jare	f	%
25 – 34	85	35.7
34 – 44	58	24.4
45 – 54	53	22.3
55 – 64	39	16.4
65+	3	1.3

 $\bar{X} = 42$ ,  $SA = 11.063$ 

Tabel 5

Verspreiding van Deelnemers volgens Sektor waarin Hoofsaaklik Werkzaam (N = 238)

Aktiewe sektor	f	%
Privaatpraktyk	143	60.1
Publieke sektor/Staatsinstansie	0	0
Akademiese instansie	95	39.9

Tabel 6

Verspreiding van Deelnemers volgens Aantal Jare in Praktyk (N = 238)

Aantal jare	f	%
1 – 5	68	28.6
6 – 10	97	40.8
11 – 15	28	11.8
16 – 20	18	7.6
21 – 25	23	9.7
26 – 30	4	1.7

 $\bar{X} = 10$ ,  $SA = 7.202$



Tabel 7

Verspreiding van Deelnemers volgens Aantal Ure per Week in Kontak met Pasiënte/Kliënte (N = 238)

Aantal ure per week	f	%
0 – 10	80	33.6
11 – 20	54	22.7
21 – 30	43	18.1
31 – 40	48	20.2
41 – 50	13	5.5

$\bar{X} = 21$ , SA = 13.5

Tabel 8

Verspreiding van Deelnemers volgens Oorweging om Professie te Verlaat (N = 238)

Respons	f	%
Ja	64	26.9
Nee	233	71.0
Geen antwoord	5	2.1

Tabel 9

Verspreiding van Deelnemers volgens Oorweging om 'n Ander Professie te Kies indien 'n Loopbaankeuse weer Gemaak sou kon word (N = 238)

Respons	f	%
Ja	38	16.0
Nee	200	84.0



Tabel 10

Verspreiding van Deelnemers volgens Terapeutiese Modaliteit (N = 238)

Terapeutiese modaliteit	f	%
Kognitiewe gedragsterapie (KGT)	95	40
Persoonsgesentreerde terapie (PGT)	21	8.8
KGT/PGT-kombinasie (KGT/PGT)	13	5.5
Eklektiese benadering (EKL)	23	9.7
Psigodinamiese terapie (PSDY)	25	10.5
Interpersoonlike terapie (IPT)	4	1.7
Narratiewe terapie (NT)	13	5.5
Sisteembenadering (SYS)	9	3.8
Hipnoterapie (HYP)	4	1.7
Ander	31	13

*Nota.* Die volgende response het deel uitgemaak van die “ander” groep: Gestalt- en gebedsterapie (1) en “self-helende, geïntegreerde benadering” (1). Dertien sielkundiges het twee of meer verskillende terapeutiese modaliteite aangedui en sesien het nie die vraag beantwoord nie.

Tabel 11

Verspreiding van Deelnemers volgens Mate waarin Probleme met Mediese Fondsuitbetalings Ondervind word (N = 238)

Respons	f	%
Geen	0	0
Min	75	31.5
Matig	73	30.7
Baie	86	36.1
Geen antwoord	4	1.7



Tabel 12

Verspreiding van Deelnemers volgens Mate waarin Probleme met Oninbare Skulde Ondervind word (N = 238)

Respons	f	%
Geen	0	0
Min	98	41.2
Matig	78	32.8
Baie	58	24.4
Geen antwoord	4	1.7

## 2. MEETINSTRUMENTE

Die meetinstrumente is saamgevat in 'n vraelys wat uit vyf dele bestaan het, naamlik:

1. Biografiese vraelys
2. Beck Depression Inventory (BDI)
3. Maslach Burnout Inventory (MBI)
4. S-skaal van die State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
6. Brief Coping Orientations to Problems Experienced (Brief COPE)

### 2.1 Biografiese vraelys

Die volgende veranderlikes is deur middel van die biografiese afdeling van die saamgestelde vraelys verkry:

- (1) Provinsie waarin woonagtig
- (2) Deelnemer se geslag
- (3) Deelnemer se huwelikstatus
- (4) Deelnemer se ouderdom



- (5) Die area/s waarin die deelnemer hoofsaaklik werksaam is
- (6) Die aantal jare wat die deelnemer reeds praktiseer
- (7) Die aantal ure wat die deelnemer per week aan werk met pasiënte/kliënte bestee
- (8) Die deelnemer se intensie om die professie te verlaat, al dan nie
- (9) Die mate waarin die deelnemer probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse ondervind
- (10) Die mate waarin die deelnemer probleme met oninbare skulde ondervind
- (11) Die oorweging om 'n ander loopbaan te kies, indien dit moontlik sou wees
- (12) Die terapeutiese modaliteit wat die meeste deur die deelnemer in die praktyk gebruik word

## **2.2 Die Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)**

Hierdie vraelys is gebruik om die teenwoordigheid van depressie by die deelnemers te bepaal. Alhoewel die BDI aanvanklik ontwerp is vir gebruik in psigiatrisie populasies (Bumberry, Oliver, & McClure, 1978), is dit ook toepaslik vir die algemene volwasse bevolking (Oliver & Simmons, aangehaal in Young, 1992).

Hierdie skaal is opgestel volgens sistematiese waarnemings en rekords van die kenmerkende houdings en simptome van depressiewe pasiënte. Die houdings en simptome wat spesifiek was aan laasgenoemde pasiënte en ooreengestem het met die beskrywings van depressie soos in die literatuur vervat, het as verwysingsraamwerk vir die opstel van hierdie skaal gedien. Die skaal bestaan uit 21 kategorieë van simptome en houdings, wat elk 'n spesifieke gedragsmanifestasie van depressie beskryf, naamlik: gemoedstemming, pessimisme, gevoel van mislukking, gebrek aan bevrediging, skuldgevoel, gevoel van bestraffing, selfhaat, selfbeskuldiging, selfbestraffingswense, huilbuie, prikkelbaarheid, sosiale onttrekking, besluiteloosheid, negatiewe liggaamsbeeld, werkinhibisie, slaapsteurnis, vermoeibaarheid, eetlusverlies, massaverlies, somatiese preokkupasie en libidoverlies. Elke kategorie bestaan uit 'n gegradeerde reeks van vier tot vyf selfevaluerende stellings. Aan elke stelling word 'n waarde van nul tot drie toegeken om die graad van depressie te weerspieël (Beck et al., 1961). Volgens Bumberry et al. (1978) en Golin en Hartz (aangehaal in Böhmer, 2001) kan die 21 items ingedeel word in affektiewe, kognitiewe, motiverings- en fisiologiese simptome. BDI-tellings verteenwoordig slegs die gemoedstoestand vir die spesifieke dag waarop die BDI afgelê word. Hierdie skaal meet dus situasie-gebonde ("state") depressie, en nie persoonlikheids-("trait")depressie nie (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Beck (1972) klassifiseer die verskillende grade van depressie volgens die volgende tellings op die BDI: 0-9: geen depressie; 10-15: ligte depressie; 16-23: matige depressie; 24+: ernstige depressie. Die Sentrum vir Kognitiewe Terapie in die VSA verskaf egter die volgende riglyne vir die BDI-



afsnypunte vir pasiënte wat met 'n affektiewe versteuring gediagnoseer is: <10: geen of minimale depressie; 10-18: ligte tot matige depressie; 19-29: matige tot ernstige depressie; en 30-63: ernstige depressie (Beck et al., 1988). Nieteenstaande die voorafgaande teenstrydighede, is dit duidelik dat subjekte met tellings van tien of hoër, in die depressiewe groep val. Die afsnypunt van 10 vir die teenwoordigheid van depressie is deur Beck aanbeveel in mondelinge kommunikasie (Rees & Lutkins, aangehaal in Young, 1992).

Die BDI word aanvaar as 'n beproefde, geldige en betroubare selfbeoordelingskaal vir die meting van depressie (Bech, aangehaal in Spangenberg & Pieters, 1991; Beck et al., 1988) en is een van die 12 toetse wat die meeste in die praktyk van die geestesgesondheidsprofessies gebruik word (Piotrowski, 1996). Bevindings vanuit 'n meta-analise van die BDI se interne konsekwentheidskattings dui op 'n gemiddelde alpha-koëffisiënt van .86 vir psigiatrisie pasiënte en .81 vir nie- psigiatrisie pasiënte. Toets-hertoetsbetroubaarheidskorrelasies van meer as .60 word gerapporteer (Beck et al., 1988). Volgens Beck et al. (1961) is die verdeelde helfte-betroubaarheidskoëffisiënt .93. Die konstrukt geldigheid, asook samevallende geldigheid van die BDI, met betrekking tot kliniese beoordelings en die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), is hoog. Die gemiddelde korrelasies vir die BDI-steekproewe van psigiatrisie pasiënte, met kliniese beoordelings en die HRSD, is .72 en .73 onderskeidelik. Vir nie-psigiatrisie subjekte is die gemiddelde korrelasies van die BDI met kliniese beoordelings en die HRSD .60 en .74 onderskeidelik. Daar bestaan ook getuigenis dat die BDI tussen subtypes van depressie, asook tussen depressie en angs, kan onderskei (Beck et al., 1988).

Verskeie navorsers is van mening dat selfbeoordelingskale liever nie gebruik behoort te word vir die meting van die graad van depressie nie, maar eerder om die teenwoordigheid van depressie al dan nie, te bepaal (Botha, 1983; Carroll, Fielding, & Blashki, 1973; Prusoff, Klerman, & Paykel, 1972). In die huidige studie is die BDI derhalwe vir laasgenoemde doel, naamlik as siftingsinstrument, gebruik.

Die BDI is reeds tevore suksesvol in Suid-Afrikaanse studies vir die meting van depressie as een van die emosionele manifestasies van stres gebruik (Spangenberg & Böhmer, 2002; Spangenberg & Campbell, 1999; Spangenberg & Lacock, 2001; Spangenberg & Theron, 1999, 2001). Geen onlangse studies waarin die BDI spesifiek op sielkundiges toegepas is, kon egter opgespoor word nie.

### **2.3 Die Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981a)**

Hierdie vraelys is gebruik om die mate van uitbranding by die deelnemers te bepaal. Dit is 'n self-



geadministreerde vraelys wat 10 tot 15 minute neem om te voltooi. Die MBI is ontwerp om die drie komponente van die uitbrandingsindroom te assesseer, naamlik emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid (Maslach et al., 1997). Die MBI was aangewese vir gebruik in die huidige studie, aangesien dit tevore reeds telkemale suksesvol gebruik is vir die assessering van die uitbrandingsindroom by die hulpverlenende professies (Brown & O'Brien, 1998; Sandoval, 1993; Snibbe et al., 1989; Thornton, 1992).

Die MBI bevat 22 items, wat in drie subskale verdeel is: Emosionele Uitputting, Depersonalisasie en Persoonlike Bekwaamheid. Die items is in die vorm van stellings aangaande persoonlike gevoelens of houdings geformuleer. Elke subskaal behels twee dimensies: frekwensie (hoe dikwels gevoelens ervaar word) en intensiteit (erns/sterkte van gevoelens). As gevolg van die oorbodigheid en oorvleueling (Maslach et al., 1997), sowel as hoë interkorrelasies wat tussen die frekwensie- en intensiteitsubskale verkry is (Iwanicki & Schwab, 1981), is die intensiteitskaal vir die doeleindes van die huidige navorsing weggelaat. Die frekwensie van gevoelens word volgens 'n Likert-tipe skaal, met sewe responsmoontlikhede (0 = nooit en 6 = elke dag), beantwoord. Die nege items in die Emosionele Uitputting-subskaal assesseer gevoelens van emosionele uitputting as gevolg van werksbetrokkenheid. Die vyf items in die Depersonalisasie-subskaal meet ongevoeligheid en onpersoonlike responsgeneigdheid teenoor die ontvangers van die diens, versorging of behandeling. Die term "recipients", wat na die ontvangers verwys, is vir die doeleindes van die huidige studie met die term "pasiënte/kliënte" vervang. Vir beide hierdie twee subskale stem hoër gemiddelde tellings ooreen met hoër grade van uitbranding. Die agt items in die subskaal Persoonlike Bekwaamheid assesseer gevoelens van bevoegdheid en suksesvolle uitvoering van die respondent se werk met mense. In teenstelling met die ander twee subskale, korrespondeer laer gemiddelde tellings op hierdie skaal met hoër grade van uitbranding. Ten einde die statistiese ontleding van data in hierdie studie te vergemaklik, is die Persoonlike Bekwaamheid-skaal omgekeerd nagesien, sodat hoër tellings op hierdie subskaal met hoër tellings van uitbranding ooreenstem. Verminderde persoonlike bekwaamheid stem dus ooreen met hoë vlakke van uitbranding.

Al drie die subskale word afsonderlik nagesien en daar word dus drie tellings vir elke deelnemer bereken. Die MBI-handleiding (Maslach & Jackson, 1981a) definieer hoë tellings van uitbranding op die frekwensieskaal as 30 en hoër vir Emosionele Uitputting, 12 en hoër vir Depersonalisasie, en 33 en laer vir Persoonlike Bekwaamheid. Lae tellings van uitbranding is as 17 en laer vir Emosionele Uitputting, 5 en laer vir Depersonalisasie, en 40 en hoër vir Verminderde Persoonlike Bekwaamheid vasgestel.



Daar bestaan genoegsame getuigenis vir die betroubaarheid en geldigheid van die meetinstrument onder bespreking. Cronbach se alpha-koëffisiënte vir interne konsekwentheid van die drie frekwensie-subskale was onderskeidelik .90 vir Emosionele Uitputting, .79 vir Depersonalisasie en .71 vir Persoonlike Bekwaamheid. Die standaardfout vir elke frekwensie-subskaal is soos volg bereken: 3.80 vir Emosionele Uitputting, 3.16 vir Depersonalisasie, en 3.73 vir Persoonlike Bekwaamheid (Maslach & Jackson, 1981a). Toets-hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënte is, in 'n steekproef van graadstudente in sosiale welsyn en administreerders by 'n gesondheidsentrum, soos volg bevind: .82 vir Emosionele Uitputting, .60 vir Depersonalisasie en .80 vir Persoonlike Bekwaamheid. Hierdie koëffisiënte was almal beduidend bokant die .001-vlak (Maslach et al., 1997). Daaropvolgende studies, uitgevoer deur Leiter en Durup (aangehaal in Maslach et al., 1997), het getoon dat die MBI-subskale stabiel gebly het oor tydsvakke van drie maande tot een jaar, met korrelasies wat gevarieer het tussen .50 en .82.

Alhoewel samevallende geldigheid reeds op verskeie wyses gedemonstreer is, bestaan daar nie baie goed-ontwerpte ondersoeke waarin die diskriminerende geldigheid van die MBI geassesseer is nie (Schaufeli, Enzmann, & Girault, 1993). Die driefaktorstruktuur van die MBI is met verskeie steekproewe in 'n groot aantal mensgerigte professies, in baie verskillende lande, gerepliseer (Maslach et al., 1997) en bevestig (Koeske & Koeske, 1989; Pierce & Molloy, 1989; Schaufeli & Van Dierendonck, 1993). Die MBI, sowel as 'n aangepaste weergawe van die MBI (Odendal & Van Wyk, 1988) is voorheen ook reeds suksesvol in Suid-Afrikaanse steekproewe van sielkundiges gebruik (Metz, 1987; Smith, 1998).

## **2.4 Die State-Trait Anxiety Inventory, Vorm Y (STAI) (Spielberger et al., 1983)**

Die STAI is gebruik om ondersoek in te stel na die ervaring van angs by sielkundiges. Hierdie vraelys, wat op groot skaal in navorsing en die kliniese praktyk gebruik word, bestaan uit twee selfgeadministreerde skale vir die meting van situasiegebonde angs ("state anxiety") en persoonlikheidstrek-angs ("trait anxiety") onderskeidelik. Situasiegebonde angs staan kortweg bekend as S-angs, terwyl persoonlikheidstrek-angs as T-angs bekend staan. T-angs verwys na relatief stabiele individuele verskille in die geneigdheid om angs te ervaar. Dit dui dus op verskille tussen mense ten opsigte van die geneigdheid om stresvolle situasies as gevaarlik of bedreigend te beskou. Die essensiële eienskappe wat deur die S-skaal gemeet word, is gevoelens van spanning, vrees, senuweeagtigheid en bekommernis (Spielberger et al., 1983).

Die T-angsskaal bestaan uit twintig stellings wat respondente se "algemene gevoelens" assesseer. Die S-angsskaal bestaan uit twintig stellings wat evalueer hoe respondente "nou op hierdie oomblik" voel. Respondente beoordeel hulleself op elke item op 'n vierpuntskaal. 'n Telling van vier



dui die teenwoordigheid van 'n hoë angsvlak aan vir tien S-angs-items en elf T-angs-items. 'n Hoë telling dui die afwesigheid van die oorblywende tien S-angs-items en nege T-angs-items aan. Tellings vir beide die S- en T-skale varieer van 'n minimum van 20 tot 'n maksimum van 80. Vir die doeleindes van die huidige studie is slegs die S-skaal toegepas, aangesien persoonlikheidstrek-angs nie in hierdie navorsing ondersoek is nie. Slegs huidige angsvlakke van subjekte, wat spruit uit spesifieke stresvolle situasies (werkstres) is in hierdie studie bepaal. Volgens Spielberger, Gorsuch en Lushene (1970) word tellings op die STAI soos in Tabel 13 uiteengesit.

Tabel 13

Indeling van die Kategorieë van die S-Skaal van die *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

S-tellings	Beskrywing
20-34	Normale angsvlakke
35-39	Bogemiddelde angsvlakke
40+	Hoë angsvlakke

Alhoewel hierdie meetinstrument geen tydsbeperking het nie, neem dit ongeveer ses minute vir kollege-studente om of die S-skaal, of die T-skaal te voltooi, en ongeveer tien minute om beide te voltooi. Herhaalde toepassing van die S-skaal neem gewoonlik vyf minute of minder (Spielberger et al., 1983).

Die norms van die STAI, wat in die Verenigde State van Amerika gestandaardiseer is, is van toepassing op werkende volwassenes, studente, hoërskoolleerlinge en dienspligtiges. Die norms vir werkende volwassenes, wat op die huidige studie van toepassing is, is deur Spielberger et al. (1970) volgens ouderdomme in drie subgroepe verdeel, naamlik: 19-39, 40-49 en 50-69. Die gemiddeldes (RG) en standaardafwykings (SA) vir die onderskeie groepe op die S-skaal, word in Tabel 14 aangetoon.



Tabel 14

Beskrywende Statistiek van die S-Skaal van die State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Ouderdomme	RG	SA
19-39	35.55	9.76
40-49	35.06	8.88
50-69	33.86	7.78

Die S-skaal van die STAI (Vorm Y) is reeds tevore suksesvol in Suid-Afrika gebruik vir die meting van ang as 'n manifestasie van stres (Möller & Spangenberg, 1996; Spangenberg & Böhmer, 2002; Spangenberg & Campbell, 1999; Spangenberg & Theron, 1999, 2001). Hierdie meetinstrument beskik oor superieure psigometriele eienskappe. Die toets-hertoets-korrelasiekoëffisiënte van die S-angsskaal varieer vanaf .16 tot .62, terwyl die Cronbach alpha interne konsekwentheidskoëffisiënt .93 is (Spielberger et al., 1983). Navorsing het reeds aangedui dat die STAI onderskei tussen normale persone en psigiatriese pasiënte met ang as primêre simptome. Verdere steun vir die konstrukteldigheid van hierdie meetinstrument is gebied deur bevindings dat die S-angstellings van kollege-studente beduidend hoër onder eksamenomstandighede en beduidend laer onder ontspanningsopleiding as in gewone klassituasies was. Korrelasies tussen die STAI en die IPAT Anxiety Scale (.75), die Taylor Manifest Anxiety Scale (.80) en die Affect Adjective Checklist (.52) dien as verdere bevestiging van die samevallende geldigheid van die STAI (Spielberger et al., 1983).

Alhoewel navorsing rakende die psigometriele eienskappe van die STAI geredelik van Vorm X (die oorspronklike STAI, ontwikkel deur Spielberger et al., 1970) na Vorm Y (Spielberger et al., 1983) veralgemeen kan word, is die primêre pluspunt van Vorm Y die feit dat dit 'n "suiwerder" meetinstrument van ang is en relatief meer onafhanklik van depressie is as Vorm X. Vorm Y dien derhalwe as tersaaklike meetmiddel vir die doeleindes van die huidige navorsing, waar daar tussen depressie en ang onderskei moet word.

## 2.5 Die Brief Coping Orientations to Problems Experienced (Brief COPE) (Carver, 1997)

Hierdie meetinstrument is gebruik om stresreageringstrategieë by sielkundiges te assesser. Dit is 'n verkorte weergawe van die oorspronklike *Coping Orientations to Problems Experienced* (COPE) (Carver et al., 1989). Die Brief COPE is 'n multidimensionele selfrapporteringsinstrument,



bestaande uit veertien skale met twee items elk: Aktiewe Streshantering ("Active Coping"), Beplanning ("Planning"), Positiewe Herformulering ("Positive Reframing"), Aanvaarding ("Acceptance"), Humor ("Humour"), Geloof ("Religion"), Emosionele Ondersteuningsoeke ("Seeking Emotional Support"), Instrumentele Ondersteuningsoeke ("Seeking Instrumental Support"), Self-afleiding ("Self-Distracton"), Ontkenning ("Denial"), Emosionele Ontlading ("Venting"), Substansgebruik ("Substance Use"), Losmakingsgedrag ("Behavioural Disengagement"), en Selfblamering ("Self-Blame"). Tellings word volgens 'n 3-punt Likert-tipe skaal bereken, met 0 = "I haven't been doing this at all" en 3 = "I've been doing this a lot". Die items is voorheen reeds in drie formate gebruik. In die eerste "disposisionele" weergawe dui die respondent aan in watter mate hy/sy gewoonlik, wanneer hy/sy stres ervaar, die gelyste gedragsresponse uitvoer. Die tweede weergawe is tydsgebonde (retrospektief), waarin respondente aandui in watter mate hulle inderdaad elke respons gedurende 'n spesifieke situasie (in die verlede) getoon het. In die derde (ook tydsgebonde) weergawe rapporteer respondente die mate waarin hulle 'n respons gedurende 'n periode tot op die huidige stadium getoon het (Carver, 1997). Vir die doeleindes van die huidige ondersoek is die tweede (retrospektiewe situasiegebonde) formaat van die Brief COPE gebruik.

Die aanvangsbewoording van hierdie instrument, waarin die instruksies verduidelik word, kan, na gelang van die situasie, aangepas word (C.S. Carver, persoonlike mededeling, 30 Augustus 2001). In die huidige studie is die instruksies dus sodanig bewoord dat dit op 'n spesifieke stresvolle werksituasie waarin die sielkundige hom/haar bevind, van toepassing is (sien Bylae 3: Deel V).

Die Brief COPE beskik oor bevredigende psigometriese eienskappe, met aanvaarbare interne konsekwentheid, samevallende geldigheid en toets-hertoetsbetroubaarheid, wat in drie afsonderlike studies aangetoon is (Carver, 1997). Die berekende Cronbach alpha-koëffisiënte vir elke skaal was aanvaarbaar hoog (.50 en hoër). Die Brief COPE is reeds in verskeie studies as suksesvolle instrument vir die assessering van streshanteringstrategieë bevestig (Baltzell, 1999; Cannon, 1997; Carter, 2000; Cohen, 2000; Greenhouse, Meyer, & Johnson, 2000; Harcourt, Rumsey, & Ambler, 1999; Meyer, 2001; Surmann, 1999; Taylor, 2000; Van der Wende, 2000; Wimberly, 2000).

### 3. PROSEDURE

'n Internet-webbladsy (adres: *ilsejordan.tripod.com*) is vir die doeleindes van die insameling van data ontwerp. Dit is gedoen om kostes te besnoei en op 'n verkennende wyse nuwe tegnologie rakende navorsing op die gebied van die sosiale wetenskappe aan te wend. 'n Verduidelikingsbrief in Afrikaans (Bylae 1) en Engels (Bylae 2), tesame met 'n unieke wagwoord ("password") is vooraf



aan elke deelnemer gepos. In hierdie brief is die deelnemers versoek om die vyf vraelyste op die webbladsy te voltooi. Deelnemers kon slegs met behulp van sy/haar wagwoord toegang tot die webbladsy verkry. Sodoende is verseker dat ander persone wat die webbladsy besoek en nie deel van die steekproef uitmaak nie, nie aan die studie deelneem nie. 'n Program is geskryf waarmee daar vasgestel kon word of 'n spesifieke deelnemer reeds gereageer het, al dan nie. Die navorser kon egter nie vasstel wat 'n deelnemer se response was nie. Anonimiteit is dus hierdeur verseker. Daar is aanvaar dat alle deelnemers Engels magtig is en vraelyste het slegs in die gestandaardiseerde Engelse formaat op die webbladsy verskyn.

#### 4. RESPONSKOERS

'n Totaal van 247 sielkundiges het op die versoek om aan die navorsing deel te neem, gereageer ('n aanvanklike responskoers van 24.7%). Hiervan het 14 per elektroniese pos laat weet dat hulle probleme ondervind om toegang tot die webbladsy te verkry (van hulle het die adres as *www.ilsejordan.tripod.com*, in plaas van *ilsejordan.tripod.com*, ingetik), waarop die vraelyste per e-pos aan hulle gestuur is. Twaalf het bruikbare e-pos-response teruggestuur, terwyl twee onbruikbare e-pos-response ontvang is. 'n Totaal van 225 sielkundiges het die vraelyste op die webtuiste ingevul. Drie het per landpos en een telefonies laat weet dat hulle nie meer as sielkundiges praktiseer nie en gevolglik nie aan die studie kon deelneem nie. Drie het ook per landpos laat weet dat hulle nie toegang tot die internet het nie en ook nie belang stel om deel te neem nie. Verder het een sielkundige telefonies laat weet dat hy nie toegang tot die internet het nie, maar versoek dat die vraelyste per landpos aan hom gestuur moet word, sodat dit per hand ingevul kon word. Afskrifte van die vraelyste is vervolgens aan hierdie deelnemer gestuur, tesame met 'n self-geadresseerde koevert. 'n Volledig-ingevulde respons is terugontvang. Die finale totaal wat vir die doeleindes van statistiese verwerking gebruik kon word, was dus 238 ('n bruikbare responskoers van 23.8%). Alhoewel anonimiteit met die invul van die vraelyste op die webruimte gewaarborg is, het response wat per land- en e-pos ontvang is, nie aan dieselfde kriterium voldoen nie. Response deur middel van hierdie twee media was egter 'n vrywillige, ingeligte besluit.

Die internet-responskoers van 22.5% (225 deelnemers het op die webruimte geantwoord) vir die huidige studie is laer as dié van 35-40% wat in studies van lugmagpersoneel in die VSA behaal is, en ietwat hoër as die responskoers van 20.8% wat in 'n studie met 'n steekproef studente verkry is (Schonlau, Fricker, & Elliott, 2001). Oorsese studies het aangetoon dat die responskoers per landpos gewoonlik hoër is as dié per internet (Dillman et al., 2001; Schonlau et al., 2001), aangesien almal nie toegang tot die internet het nie, of nie weet hoe om die internet te gebruik nie (Dillman & Bowker, 2002; Dillman et al., 2001). Die totale responskoers van 23.8% vir die huidige ondersoek is ook laer as die 33.3% responskoers per pos, wat deur Smith (1998) in haar studie



onder Suid-Afrikaanse sielkundiges in al die registrasiekategorieë gerapporteer is. Opvolg-aanmoedigings, die verandering van responsmedium en vergoeding vir deelname verhoog gewoonlik die responskoers aansienlik (Dillman et al., 2001). Vanweë die kostes verbonde aan so 'n omvangryke studie, kon tweede aanmoedigingsbriewe nie uitgestuur of deelnemers vergoed word in die huidige studie nie. Aangesien die RGSA nie oor 'n databasis van e-posadresse van hulle lede beskik nie, kon sielkundiges wat nie gereageer het nie, ook nie per e-pos, wat baie koste-effektief is, aangespoor word om deel te neem nie.

Die totale responskoers van amper 24% in die huidige studie kan egter nietemin as aanvaarbaar en geldig vir 'n sosiaal-wetenskaplike studie beskou word (Kerlinger & Lee, 2000).

## 5. STATISTIESE VERWERKINGS

Die statistiese verwerking van die data is gedoen in konsultasie met mnr. H.R. Steel, statistikus by die Departement Sielkunde, Universiteit van Stellenbosch. Die *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-pakket) is gebruik om data te ontleed.

Frekwensieberekeninge is gedoen om die verspreiding van die roudata vas te stel. Lineêre en meervoudige regressie-analises is uitgevoer om veranderlikheid in afhanklike veranderlikes ten opsigte van voorspellers vas te stel.

Alle meervoudige regressie-analises is volgens die stapsgewyse metode uitgevoer. Hierdie metode behels dat die rekenaar die voorspeller wat die uitkomsveranderlike (afhanklike veranderlike) die beste voorspel, eerste uitsoek. Dit word gedoen deur die seleksie van die voorspeller wat die hoogste korrelasie met die uitkoms toon. Indien hierdie voorspeller die vermoë van die model om die uitkoms te voorspel, beduidend verbeter, word die voorspeller in die model behou. Die rekenaar soek dan vir 'n tweede voorspeller. Hierdie proses word voortgesit totdat alle voorspellers getoets is. Elke keer wat 'n voorspeller by die regressie-vergelyking gevoeg word, word die mins bruikbare voorspeller uit die vergelyking verwyder. Die regressie-vergelyking word dus voortdurend geassesseer, ten einde te bepaal watter oorbodige voorspellers verwyder kan word (Field, 2000). Die finale regressiemodel bevat slegs voorspellers, volgens die rangorde waarin hulle die uitkoms voorspel, wat 'n statisties beduidende bydrae lewer om die uitkomsveranderlike te voorspel.

Eenrigting variansie-ontleding is uitgevoer om die beduidendheid van statistiese toetse vas te stel. Alle regressie- en variansie-analises is op die beduidendheidspeil van .05 ( $p < .05$ ) uitgevoer.



Beduidende verskille in die verspreiding van biografiese roudata, waar die onafhanklike veranderlike slegs uit twee kategorieë bestaan het, is met behulp van t-toetse aangetoon. Waar die onafhanklike veranderlike uit meer as twee kategorieë bestaan het, is beduidende verskille tussen subgroepe met behulp van Tukey-toetse vasgestel.



## HOOFSTUK V

### RESULTATE

#### 1. INLEIDING

Hierdie hoofstuk bevat die beskrywende data en statistiese verwerkings wat in die huidige ondersoek verkry is. Verspreidings van routellings word eers weergegee, waarna die resultate aan die hand van die navorsingsvrae uiteengesit word.

#### 2. DIE VOORKOMS VAN ANGS SOOS AANGEDUI DEUR DIE *STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY* (STAI)

Die voorkoms van angs by die 238 deelnemers, soos aangedui deur hul tellings op die S-skaal van die STAI, word in Tabel 15 weergegee. Tellings van 20-34 dui op normale angsvlakke, terwyl tellings van 35-39 bogemiddelde, en tellings van 40+ hoë vlakke van angs weerspieël.

Tabel 15

##### Verspreiding van Tellings op die S-Skaal van die *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

S-Tellings	Totale Steekproef (N = 238)	
	f	%
20-34	104	43.70
35-39	55	23.11
40+	79	33.19

Tabel 15 toon dat 104 deelnemers (43.70%) normale angsvlakke ervaar het, terwyl 55 deelnemers (23.11%) bogemiddelde en 79 deelnemers (33.19%) hoë vlakke van angs beleef het.

Die gemiddelde telling en standaardafwyking op die S-skaal van die STAI word in Tabel 16 aangetoon.



Tabel 16

Gemiddelde Telling van die Totale Steekproef op die S-Skaal van die *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

N	Gemiddeld ( $\bar{X}$ )	Standaardafwyking (SA)
238	37.74	10.10

Vanuit Tabel 16 is dit duidelik dat die gemiddelde deelnemer bogemiddelde vlakke van angs ervaar het.

### 3. DIE VOORKOMS VAN DEPRESSIE SOOS AANGEDUI DEUR DIE *BECK DEPRESSION INVENTORY* (BDI)

Die voorkoms van depressie by deelnemers, soos aangedui deur hul tellings op die BDI, word in Tabel 17 weergegee. Beck (1972) klassifiseer die volgende kategorieë van depressie vir tellings op die BDI: 0-9: geen depressie; 10-15: ligte depressie; 16-23: matige depressie; 24+: ernstige depressie.

Tabel 17

Verspreiding van Tellings op die *Beck Depression Inventory* (BDI)

BDI-Tellings	Totale Steekproef (N = 238)	
	f	%
0-9	109	45.80
10-15	89	37.39
16-23	36	15.13
≥ 24	4	1.68

Tabel 17 toon aan dat 129 deelnemers (54.2%) simptome van depressie ervaar het. Vanuit hierdie tabel blyk dit ook dat 109 deelnemers (45.8%) geen depressie ervaar het nie, terwyl 89 deelnemers (37.39%) ligte, 36 deelnemers (15.13%) matige, en 4 deelnemers (1.68%) ernstige depressie ervaar het.



Die gemiddelde BDI-telling en standaardafwyking van die totale steekproef word in Tabel 18 aangetoon.

Tabel 18

Gemiddelde Telling van die Totale Steekproef op die *Beck Depression Inventory* (BDI)

N	$\bar{X}$	SA
238	10.49	5.03

Vanuit Tabel 18 blyk dit dat die gemiddelde telling vir die totale steekproef op ligte depressie by deelnemers gedui het.

#### **4. DIE VOORKOMS VAN UITBRANDING SOOS AANGEDUI DEUR DIE *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI)**

Die voorkoms van uitbranding, soos aangedui deur tellings op die MBI-subskaal Emosionele Uitputting (EU), word in Tabel 19 uiteengesit. Tellings van 17 of minder dui op lae vlakke van uitbranding, terwyl tellings van 30 of meer hoë uitbrandingsvlakke aandui.

Tabel 19

Verspreiding van Tellings op die Frekwensie-Subskaal Emosionele Uitputting (EU) van die *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

EU-Tellings	Totale Steekproef (N = 238)	
	F	%
$\leq 17$	102	42.86
18-29	64	26.89
$\geq 30$	72	30.25

Vanuit Tabel 19 is dit duidelik dat 102 deelnemers (42.86%) lae, 64 deelnemers (26.89%) matige, en 72 deelnemers (30.25%) hoë vlakke van emosionele uitputting ervaar het.



Die voorkoms van uitbranding, soos aangedui deur tellings op die MBI-subskaal Depersonalisasie (DEP), word in Tabel 20 uiteengesit. Tellings van 5 of minder dui 'n lae vlak van uitbranding aan, terwyl tellings van 12 of meer 'n hoë vlak van uitbranding weerspieël.

Tabel 20

Verspreiding van Tellings op die Frekwensie-Subskaal Depersonalisasie (DEP) van die *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

DEP-Tellings	Totale Steekproef (N = 238)	
	F	%
≤ 5	124	52.10
6-11	65	27.31
≥ 12	49	20.59

Tabel 20 toon aan dat 124 deelnemers (52.10%) lae, 65 deelnemers (27.31%) matige, en 49 deelnemers (20.59%) hoë vlakke van depersonalisasie ervaar het.

Die voorkoms van uitbranding, soos aangedui deur tellings op die MBI-subskaal Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB), word in Tabel 21 uiteengesit. Aangesien hierdie subskaal in die huidige studie omgekeerd nagesien is en 48 die hoogste telling is wat deur 'n deelnemer behaal kan word, dui tellings van 8 (48 minus 40) of minder op lae vlakke van uitbranding, terwyl tellings van 15 (48 minus 33) of meer hoë vlakke van uitbranding suggereer.

Tabel 21

Verspreiding van Tellings op die Frekwensie-Subskaal Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) van die *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

PB-Tellings	Totale Steekproef (N = 238)	
	F	%
≤ 8	86	36.13
9-14	84	35.29
≥ 15	68	28.57



Vanuit Tabel 21 is dit duidelik dat 86 deelnemers (36.13%) lae vlakke, 84 deelnemers (35.29%) matige, en 68 deelnemers (28.57%) hoë vlakke van verminderde persoonlike bekwaamheid ervaar het.

Die totale steekproef se gemiddelde tellings en standaardafwykings op die MBI-subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik word in Tabel 22 uiteengesit.

Tabel 22

Gemiddelde Tellings en Standaardafwykings van die Totale Steekproef (N = 238) op die MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB)

MBI-Subskale	$\bar{X}$	SA
EU	22.55	11.76
DEP	6.84	5.34
PB	11.55	6.17

Vanuit Tabel 22 kan afgelei word dat die gemiddelde deelnemer matige vlakke van emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid ervaar het.

**5. STRESHANTERINGSTRATEGIEË SOOS AANGEDUI DEUR DIE *BRIEF COPING ORIENTATIONS TO PROBLEMS EXPERIENCED* (BRIEF COPE)**

Die gemiddelde tellings en standaardafwykings van die deelnemers in die veertien kategorieë van streshanteringstrategieë op die Brief COPE word in Tabel 23 aangetoon. Slegs 225 deelnemers se response was volledig ten einde statistiese ontleding moontlik te maak.



Tabel 23

Gemiddelde Tellings van die Totale Steekproef (N = 225) in die 14 Kategorieë van Streshanteringstrategieë op die Brief COPE

	$\bar{X}$ (N = 225)	SA
Self-Afleiding (COPE 1)	3.52	1.52
Aktiewe Streshantering (COPE 2)	5.17	1.73
Ontkenning (COPE 3)	2.16	1.21
Substansgebruik (COPE 4)	2.00	1.28
Emosionele Ondersteuningsoeke (COPE 5)	4.58	1.83
Instrumentele Ondersteuningsoeke (COPE 6)	4.26	1.60
Losmakingsgedrag (COPE 7)	1.90	1.17
Emosionele Ontlading (COPE 8)	4.01	1.58
Positiewe Herformulering (COPE 9)	5.03	1.46
Beplanning (COPE 10)	4.99	1.65
Humor (COPE 11)	3.83	1.84
Aanvaarding (COPE 12)	4.96	1.51
Geloof (COPE 13)	4.50	2.00
Selfblamering (COPE 14)	2.92	1.52

Volgens Tabel 23 het die deelnemers die hoogste gemiddelde telling ( $\bar{X} = 5.17$ ) op die Aktiewe Streshanteringskaal en die laagste gemiddelde telling ( $\bar{X} = 1.90$ ) op die Losmakingsgedrag-skaal behaal. Kliniese en voorligtingsielkundiges het dus die meeste van aktiewe metodes en die minste van losmakingsgedrag gebruik gemaak om werkstres te hanteer.



## **6. RESULTATE IN TERME VAN BEANTWOORDING VAN NAVORSINGSVRAE**

Vanuit die voorafgaande resultate kan die navorsingsvrae wat in Hoofstuk III gestel is, soos volg beantwoord word:

### **6.1 Die mate van stres, soos gemanifesteer in angs, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom**

Soos reeds uiteengesit in Tabel 15, het 55 van die totale 238 deelnemers (23.11%) bogemiddelde vlakke van angs ervaar, terwyl 79 deelnemers (33.19%) hoë angsvlakke ervaar het. Die gemiddelde STAI-S-telling van die totale steekproef was 37.74, wat daarop dui dat die gemiddelde deelnemer bogemiddelde vlakke van angs ervaar het.

### **6.2 Die mate van stres, soos gemanifesteer in depressie, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom**

Soos reeds beskryf, kan daar vanuit Tabel 17 gesien word dat 129 van die totale 238 deelnemers (54.2%) simptome van depressie ervaar het. Hiervan het 89 (37.39%) ligte, 36 (15.13%) matige, en 4 (1.68%) ernstige depressie ervaar. Die gemiddelde BDI-telling van die totale steekproef was 10.49, wat 'n ligte depressie by die deelnemers aandui.

### **6.3 Die vlakke van uitbranding (emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid) wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom**

Vanuit Tabel 19 blyk dit, soos reeds beskryf, dat 72 deelnemers (30.25%) hoë vlakke van uitbranding, soos aangedui deur die Emosionele Uitputting-subskaal van die MBI, ervaar het. Soos aangetoon in Tabel 22 was die gemiddelde Emosionele Uitputting-telling van die totale steekproef 22.55, wat 'n matige vlak van uitbranding aandui.

Tabel 20 toon dat 49 deelnemers (20.59%) hoë vlakke van uitbranding, soos aangedui deur die Depersonalisasie-subskaal van die MBI, ervaar het. Die gemiddelde Depersonalisasie-telling van 6.84 verskyn in Tabel 22 en dui op matige vlakke van uitbranding by die totale steekproef.

Daar kan verder in Tabel 21 gesien word dat 68 deelnemers (28.57%) hoë vlakke van uitbranding, soos gemeet deur die MBI-subskaal van Verminderde Persoonlike Bekwaamheid, ervaar het. Soos



reeds beskryf in Tabel 22, was die totale steekproef se gemiddelde telling ten opsigte van Verminderde Persoonlike Bekwaamheid 11.55, wat 'n matige vlak van uitbranding aandui.

Opsommend kan daar dus gesê word dat die gemiddelde deelnemer matige vlakke van uitbranding getoon het, soos aangedui deur tellings op die drie subskale van die MBI, naamlik: Emosionele Uitputting, Depersonalisasie en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid.

#### **6.4 Die tipes streshanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word**

In die huidige studie is die veertien streshanteringstrategieë wat deur die Brief COPE (Carver, 1997) gemeet word, ondersoek. Al 225 deelnemers het tellings op al veertien skale behaal. Soos reeds beskryf, kan daar in Tabel 23 gesien word dat die deelnemers die hoogste gemiddelde telling vir Aktiewe Streshantering ( $\bar{X} = 6.17$ ) en die laagste gemiddelde telling vir Losmakingsgedrag ( $\bar{X} = 2.90$ ) behaal het. Deelnemers het dus die meeste van aktiewe streshantering en die minste van losmakingsgedrag gebruik gemaak om stresvolle werksituasies te hanteer.

#### **6.5 Die tipes streshanteringstrategieë by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges, wat verband hou met angs**

'n Stapsgewyse meervoudige regressie-analise, met die 14 skale van die Brief COPE as voorspellers en die STAI-S-tellings as afhanklike veranderlike, is uitgevoer om die verband tussen streshanteringstrategieë en angs by die deelnemers te ondersoek. Statisties beduidende resultate is opgelewer vir die algehele regressie ( $F(8, 216) = 27.527$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.505$ ), met 8 van die 14 streshanteringstrategieë as beduidende voorspellers van angs, naamlik: COPE 14 ( $\beta = 0.289$ ), COPE 7 ( $\beta = 0.204$ ), COPE 3 ( $\beta = 0.165$ ), COPE 11 ( $\beta = -0.211$ ), COPE 1 ( $\beta = 0.214$ ), COPE 12 ( $\beta = -0.142$ ), COPE 8 ( $\beta = 0.130$ ) en COPE 4 ( $\beta = 0.118$ ). Slegs die eerste vier voorspellers het noemenswaardig tot die algehele regressiemodel bygedra. Die resultate word in Tabel 24 weergegee.



Tabel 24

Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Selfblaming (COPE 14), Losmakingsgedrag (COPE 7), Ontkenning (COPE 3), Humor (COPE 11), Self-Afleiding (COPE 1), Aanvaarding (COPE 12), Emosionele Ontlading (COPE 8) en Substansgebruik (COPE 4) onderskeidelik, en die STAI-S-Tellings as Afhanklike Veranderlike

Model	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - verandering	F	F vir verandering	p vir F verandering
1. COPE 14	0.491	0.241	0.241	70.750	70.75	0.000***
2. COPE 14 COPE 7	0.590	0.349	0.108	59.422	36.75	0.000***
3 COPE 14 COPE 7 COPE 3	0.631	0.398	0.049	48.610	17.93	0.000***
4 COPE 14 COPE 7 COPE 3 COPE 11	0.655	0.429	0.032	41.349	12.185	0.001**
5 COPE 14 COPE 7 COPE 3 COPE 11 COPE 1	0.674	0.454	0.025	36.422	9.969	0.002**
6 COPE 14 COPE 7 COPE 3 COPE 11 COPE 1 COPE 12	0.689	0.475	0.021	32.921	8.873	0.003**
7 COPE 14 COPE 7 COPE 3 COPE 11 COPE 1 COPE 12 COPE 8	0.703	0.494	0.019	30.305	8.140	0.005**
8 COPE 14 COPE 7 COPE 3 COPE 11 COPE 1 COPE 12 COPE 8 COPE 4	0.711	0.505	0.010	27.527	4.579	0.033*

\* p &lt; 0.05

\*\* p &lt; 0.01

\*\*\* p &lt; 0.001



Die eerste regressiemodel, met slegs COPE 14 as voorspeller, het die mees beduidende resultate opgelewer ( $F(1, 223) = 70.75$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.241$ ). Selfblaming (COPE 14) ( $\beta = 0.491$ ) as enigste voorspeller, het 'n beduidende invloed op die deelnemers se angsvlakke uitgeoefen ( $t = 8.411$ ,  $p < 0.001$ ). Die afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat 24.1% van die deelnemers se variansie (verhoging) in angsvlakke aan die gebruik van die stresmanagementstrategie van selfblaming toegeskryf kan word.

Die tweede regressiemodel, met COPE 14 en COPE 7 as voorspellers, was ook beduidend ( $F(2, 222) = 59.422$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.349$ ). 'n Kombinasie van COPE 14 ( $\beta = 0.444$ ) en COPE 7 ( $\beta = 0.332$ ) was 'n beduidende voorspeller van die deelnemers se angsvlakke ( $t = 8.112$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 6.062$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Die afleiding kan dus gemaak word dat 34.9% van die deelnemers se variansie (verhoging) in angsvlakke aan die gebruik van die stresmanagementstrategieë van selfblaming, sowel as losmakingsgedrag, toegeskryf kan word.

Die derde regressiemodel, met COPE 14, COPE 7 en COPE 3 as voorspellers, het verdere beduidende resultate opgelewer ( $F(3, 221) = 48.61$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.398$ ). COPE 14 ( $\beta = 0.384$ ), COPE 7 ( $\beta = 0.261$ ) en COPE 3 ( $\beta = 0.242$ ) was beduidende voorspellers van die deelnemers se angsvlakke ( $t = 7.024$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 4.712$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 4.234$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Die afleiding kan gemaak word dat 39.8% van die variansie in deelnemers se angsvlakke aan die gesamentlike gebruik van die drie stresmanagementstrategieë van selfblaming, losmakingsgedrag en ontkenning toegeskryf kan word.

Die vierde regressiemodel, met COPE 14, COPE 7, COPE 3 en COPE 11 as voorspellers, was ook beduidend ( $F(4, 220) = 41.349$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.429$ ). COPE 14 ( $\beta = 0.406$ ), COPE 7 ( $\beta = 0.249$ ), COPE 3 ( $\beta = 0.208$ ) en COPE 11 ( $\beta = -0.182$ ) het die deelnemers se angsvlakke beduidend voorspel ( $t = 7.566$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 4.601$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 3.663$ ,  $p < 0.001$  en  $t = -3.491$ ,  $p < 0.01$  onderskeidelik). Die afleiding kan gemaak word dat 39.8% van die variansie in deelnemers se angsvlakke aan die gesamentlike gebruik van die vier stresmanagementstrategieë van selfblaming, losmakingsgedrag, ontkenning en humor toegeskryf kan word. Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir COPE 11 dui op 'n negatiewe verband tussen die gebruik van humor as 'n stresmanagementstrategie en die ervaring van ang. Deelnemers wat meer humor gebruik het in die hantering van stresvolle situasies by die werk, het dus laer angsvlakke getoon.



## 6.6 Die tipes stresshanteringstrategieë by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges, wat verband hou met depressie

Die verband tussen die tipes stresshanteringstrategieë en depressie by die deelnemers is deur middel van 'n stapsgewyse meervoudige regressie-analise bepaal. Tellings op die veertien skale van die Brief COPE het as voorspellers gedien, terwyl die deelnemers se BDI-tellings as afhanklike veranderlike in die onderskeie regressiemodelle gedien het. Die algehele regressie was statisties beduidend vir vyf voorspellers, naamlik COPE 4 ( $\beta = 0.466$ ), COPE 14 ( $\beta = 0.195$ ), COPE 1 ( $\beta = 0.162$ ), COPE 3 ( $\beta = 0.129$ ) en COPE 6 ( $\beta = -0.101$ ) ( $F(5, 219) = 37.973$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.464$ ). Slegs die eerste drie het 'n noemenswaardige bydrae tot die voorspelling van depressie gemaak. 'n Opsomming van hierdie resultate word in Tabel 25 weergegee.

Tabel 25

Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Substansgebruik (COPE 4), Selfblamerig (COPE 14), Self-Afleiding (COPE 1), Ontkenning (COPE 3) en Instrumentele Ondersteuningsoeke (COPE 6) onderskeidelik, en die BDI-Tellings as Afhanklike Veranderlike

Model	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - verandering	F	F vir verandering	p vir F verandering
1. COPE 4	0.594	0.353	0.353	121.629	121.629	0.000***
2. COPE 4 COPE 14	0.642	0.413	0.060	78.021	22.621	0.000***
3. COPE 4 COPE 14 COPE 1	0.661	0.437	0.024	57.157	9.473	0.002**
4. COPE 4 COPE 14 COPE 1 COPE 3	0.674	0.455	0.018	45.871	7.202	0.008**
5. COPE 4 COPE 14 COPE 1 COPE 3 COPE 6	0.681	0.464	0.010	37.973	3.933	0.049*

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$



Resultate vanuit die eerste regressiemodel toon dat COPE 4 ( $\beta = 0.594$ ) die mees beduidende voorspeller was van die deelnemers se vlakke van depressie ( $F(1, 223) = 121.629$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.353$ , asook  $t = 11.029$ ,  $p < 0.001$ ). Vanuit die  $R^2$ -waarde kan die afleiding gemaak word dat 35.3% van die variansie (verhoging) in vlakke van depressie by deelnemers aan substansgebruik as stres hanteringstrategie toegeskryf kan word.

Die regressie vir die tweede model, met COPE 4 en COPE 14 as voorspellers, was ook beduidend ( $F(2, 222) = 78.021$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.413$ ). Die gesamentlike gebruik van Substansgebruik (COPE 4) ( $\beta = 0.516$ ) en Selfblaming (COPE 14) ( $\beta = 0.257$ ) het die deelnemers se vlakke van depressie beduidend voorspel ( $t = 9.565$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 4.756$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Daar kan dus, vanuit die  $R^2$ -waarde van 0.413, afgelei word dat 41.3% van die variansie (verhoging) in vlakke van depressie by deelnemers deur die gebruik van selfblaming en substansgebruik as stres hanteringstrategieë verklaar kan word.

Die derde model het 'n verdere beduidendheid getoon ( $F(3, 221) = 57.157$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.437$ ). 'n Kombinasie van Substansgebruik (COPE 4) ( $\beta = 0.511$ ), Selfblaming (COPE 14) ( $\beta = 0.204$ ) en Self-Afleiding (COPE 1) ( $\beta = 0.165$ ) het die deelnemers se vlakke van depressie beduidend voorspel ( $t = 9.637$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 3.668$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 3.078$ ,  $p < 0.01$  onderskeidelik). Derhalwe kan 43.7% van die variansie (verhoging) in die deelnemers se vlakke van depressie aan die hantering van stres deur middel van substansgebruik, selfblaming en self-afleiding toegeskryf word.

## **6.7 Die verband tussen angs en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges**

Lineêre regressie-analises is uitgevoer om vas te stel of die deelnemers se angstellings op die STAI 'n beduidende voorspeller was van hulle tellings vir uitbranding op die drie MBI-subskale onderskeidelik. Die resultate word in Tabel 26 saamgevat.



Tabel 26

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met STAI-S-Tellings as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	$R^2$	F	p	$\beta$
EU	0.263	84.28	0.000***	0.513
DEP	0.176	50.405	0.000***	0.420
PB	0.075	19.235	0.000***	0.275

\*\*\*  $p < 0.001$

Vanuit Tabel 26 kan daar gesien word dat die deelnemers se tellings op die STAI 'n beduidende voorspeller was van hulle tellings op al drie die subskale van die MBI, naamlik EU ( $F(236) = 84.28$ ,  $p < 0.001$ ), DEP ( $F(236) = 50.405$ ,  $p < 0.001$ ) en PB ( $F(236) = 19.235$ ,  $p < 0.001$ ). Daar kan dus met 99.9% sekerheid gesê word dat deelnemers se vlakke van uitbranding toeneem het namate hulle angsvlakke gestyg het. Vanuit die onderskeie  $R^2$ -waardes kan afgelei word dat 26,3% ( $R^2 = 0.263$ ) van die variansie in emosionele uitputting by die deelnemers, aan die variansie in angsvlakke toegeskryf kan word. In die geval van Depersonalisasie en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid kan 17.6% ( $R^2 = 0.176$ ) van die variansie in eersgenoemde en 7.5% ( $R^2 = 0.075$ ) van die variansie in laasgenoemde, aan die variansie in angsvlakke toegeskryf word.

## **6.8 Die verband tussen depressie en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges**

Die verband tussen depressie en uitbranding by deelnemers is deur middel van drie lineêre regressie-analises vasgestel. Die beduidendheid van die deelnemers se BDI-tellings as voorspeller van hulle uitbrandingtellings op die drie onderskeie subskale van die MBI, is afsonderlik ondersoek. 'n Samevatting van die resultate verskyn in Tabel 27.



Tabel 27

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met BDI-Tellings as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	R <sup>2</sup>	F	p	β
EU	0.138	37.851	0.000***	0.372
DEP	0.065	16.497	0.000***	0.256
PB	0.042	10.394	0.001**	0.205

\*\* p < 0.01

\*\*\* p < 0.001

Tabel 27 toon dat die deelnemers se tellings op die BDI 'n beduidende voorspeller was van hulle tellings op al drie die MBI-subskale, EU ( $F(236) = 37.851$ ,  $p < 0.001$ ), DEP ( $F(236) = 16.497$ ,  $p < 0.001$ ) en PB ( $F(236) = 10.394$ ,  $p < 0.01$ ). Alhoewel hierdie resultate statisties beduidend is, kan 13,8% ( $R^2 = 0.138$ ) in die geval van variansie in EU en slegs 6.5% ( $R^2 = 0.065$ ) en 4.2% ( $R^2 = 0.042$ ) in die gevalle van variansie in DEP en PB onderskeidelik, aan die variansie in depressietellings op die BDI toegeskryf word. Daar kan egter met 99.9% sekerheid afgelei word dat deelnemers wat meer depressief was, hoër vlakke van emosionele uitputting en depersonalisasie ervaar het. Daar kan ook met 99% sekerheid gesê word dat, namate die deelnemers se vlakke van depressie verhoog het, hulle gevoelens van persoonlike bekwaamheid verminder het.

## **6.9 Die tipes stresshanteringstrategieë by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges, wat verband hou met uitbranding**

Die verband tussen die tipes stresshanteringstrategieë van die Brief COPE en uitbranding by deelnemers is ondersoek deur middel van 'n reeks stapsgewyse meervoudige regressie-analises op al drie die MBI-subskale afsonderlik. Die resultate sal afsonderlik vir die drie skale gerapporteer word. Die 14 skale van die Brief COPE het as voorspellers gedien, terwyl die subskale van die MBI in elke geval as afhanklike veranderlike gedien het.



### 6.9.1 Meervoudige regressie-analise met Emosionele Uitputting (EU) as afhanklike veranderlike

Die algehele regressie, met EU as afhanklike veranderlike, was beduidend vir vier voorspellers, naamlik: COPE 7 ( $\beta = 0.307$ ), COPE 8 ( $\beta = 0.253$ ), COPE 11 ( $\beta = -0.221$ ) en COPE 2 ( $\beta = 0.171$ ) ( $F(4, 220) = 14.517$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.209$ ). Die eerste drie het noemenswaardig tot die algehele regressiemodel bygedra. Die resultate word Tabel 28 weergegee.

Tabel 28

Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Losmakingsgedrag (COPE 7), Emosionele Ontlading (COPE 8), Humor (COPE 11) en Aktiewe Streshantering (COPE 2) onderskeidelik, en die Emosionele Uitputting (EU)-Tellings op die MBI as Afhanklike Veranderlike

Model	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - verandering	F	F vir verandering	p vir F verandering
1. COPE 7	0.253	0.064	0.064	15.272	15.272	0.000***
2. COPE 7 COPE 8	0.371	0.138	0.074	17.761	19.016	0.000***
3. COPE 7 COPE 8 COPE 11	0.427	0.182	0.044	16.401	11.931	0.001**
4. COPE 7 COPE 8 COPE 11 COPE 2	0.457	0.209	0.027	14.517	7.433	0.007**

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$

Die regressie vir die eerste model, waarin COPE 7 as enigste voorspeller en EU as afhanklike veranderlike gedien het, was statisties beduidend ( $F(1, 223) = 15.272$  en  $R^2 = 0.064$ ). Alhoewel COPE 7 ( $\beta = 0.253$ ) 'n statisties beduidende voorspeller van EU was ( $t = 3.908$ ,  $p < 0.001$ ), is dit duidelik vanuit die lae  $R^2$ -waarde dat slegs 6.4% van die variansie (verhoging) in tellings op die Emosionele Uitputting-subskaal aan die gebruik van losmakingsgedrag as stresshanteringstrategie toegeskryf kan word.



Die regressie vir die tweede model, met COPE 7 en COPE 8 as voorspellers en EU as afhanklike veranderlike, was meer beduidend as vir die eerste model ( $F(2, 222) = 17.761$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.138$ ). COPE 7 ( $\beta = 0.294$ ) en COPE 8 ( $\beta = 0.275$ ) was beduidende voorspellers van EU ( $t = 4.67$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 4.361$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Die  $R^2$ -waarde van 0.138 dui daarop dat 13.8% van die variansie (verhoging) in emosionele uitputting aan die gebruik van losmakingsgedrag en emosionele ontlading as stres hanteringstrategieë toegeskryf kan word.

Die regressie vir die derde model, met die insluiting van COPE 11 as derde voorspeller, was statisties beduidend ( $F(3, 221) = 16.401$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.182$ ), alhoewel die verskil in  $R^2$  ten opsigte van die tweede model slegs 4.4% was. Die gesamentlike gebruik van COPE 7 ( $\beta = 0.272$ ), COPE 8 ( $\beta = 0.279$ ) en COPE 11 ( $\beta = -0.211$ ) was 'n beduidende voorspeller van EU ( $t = 4.392$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 4.54$ ,  $p < 0.001$ , en  $t = -3.454$ ,  $p < 0.01$  onderskeidelik). Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir COPE 11 dui daarop dat deelnemers wat meer van humor gebruik maak het om stres te hanteer, minder uitbranding in die vorm van emosionele uitputting ervaar het.

#### **6.9.2 Meervoudige regressie-analise met Depersonalisasie (DEP) as afhanklike veranderlike**

Die algehele regressie, met DEP as afhanklike veranderlike, was beduidend vir sewe voorspellers, naamlik: COPE 7 ( $\beta = 0.349$ ), COPE 9 ( $\beta = -0.300$ ), COPE 8 ( $\beta = 0.301$ ), COPE 13 ( $\beta = -0.166$ ), COPE 1 ( $\beta = 0.168$ ), COPE 5 ( $\beta = -0.161$ ) en COPE 3 ( $\beta = -0.132$ ) ( $F(7, 217) = 23.715$ ,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.433$ ). Die eerste vier het noemenswaardig tot die algehele regressiemodel bygedra. Die resultate word in Tabel 29 uiteengesit.



Tabel 29

Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Losmakingsgedrag (COPE 7), Positiewe Herformulering (COPE 9), Emosionele Ontlading (COPE 8), Geloof (COPE 13), Self-Afleiding (COPE 1), Emosionele Ondersteuningsoeke (COPE 5) en Ontkenning (COPE 3) onderskeidelik, en die Depersonalisasie (DEP)-Tellings op die MBI as Afhanklike Veranderlike

Model	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> - verandering	F	F vir verandering	p vir F verandering
1. COPE 7	0.454	0.206	0.206	57.848	57.848	0.000***
2. COPE 7 COPE 9	0.538	0.289	0.083	45.106	25.904	0.000***
3. COPE 7 COPE 9 COPE 8	0.599	0.359	0.070	41.213	24.057	0.000***
4. COPE 7 COPE 9 COPE 8 COPE 13	0.620	0.385	0.026	34.416	9.353	0.003**
5. COPE 7 COPE 9 COPE 8 COPE 13 COPE 1	0.638	0.406	0.022	29.994	7.953	0.005**
6. COPE 7 COPE 9 COPE 8 COPE 13 COPE 1 COPE 5	0.648	0.420	0.013	26.287	5.009	0.026*
7. COPE 7 COPE 9 COPE 8 COPE 13 COPE 1 COPE 5 COPE 3	0.658	0.433	0.014	23.715	5.225	0.023*

\* p < 0.05

\*\* p < 0.01

\*\*\* p < 0.001



Die regressie vir die eerste model was beduidend ( $F(1, 223) = 57.848$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.206$ ) en 20.6% van die variansie in DEP kan aan die implementering van COPE 7 toegeskryf word. Losmakingsgedrag (COPE 7) ( $\beta = 0.454$ ) het dus beduidend bygedra tot die voorspelling van uitbranding (in terme van depersonalisasie) by die deelnemers ( $t = 7.606$ ,  $p < 0.001$ ).

Resultate vanuit die tweede regressiemodel was beduidend ( $F(2, 222) = 45.106$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.289$ ). Die afleiding kan dus gemaak word dat 28.9% van die variansie in DEP aan die gesamentlike gebruik van COPE 7 en COPE 9 toegeskryf kan word. COPE 7 ( $\beta = 0.367$ ) en COPE 9 ( $\beta = -0.301$ ) was statisties beduidende voorspellers van DEP by die deelnemers ( $t = 6.208$ ,  $p < 0.001$  en  $t = -5.09$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir COPE 9 dui daarop dat deelnemers wat positiewe herformulering beoefen het om stres te hanteer, minder uitbranding in terme van depersonalisasie ervaar het.

Die derde regressiemodel was ook beduidend ( $F(3, 221) = 41.213$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.359$ ). 'n Kombinasie van COPE 7 ( $\beta = 0.391$ ), COPE 9 ( $\beta = -0.36$ ) en COPE 8 ( $\beta = 0.273$ ) was 'n beduidende voorspeller van DEP ( $t = 6.92$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = -6.258$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 4.905$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Daar kan afgelei word dat 35.9% van die variansie in DEP aan die variansie in COPE 7, COPE 9 en COPE 8 gesamentlik toegeskryf kan word. Losmakingsgedrag, Positiewe Herformulering en Emosionele Ontlading was dus beduidende voorspellers van die deelnemers se vlakke van depersonalisasie.

Beduidende resultate is ook vir die vierde model, met COPE 13 as addisionele voorspeller, opgelewer ( $F(4, 224) = 34.416$ ,  $p < 0.01$  en  $R^2 = 0.385$ ). Die gesamentlike gebruik van COPE 7 ( $\beta = 0.363$ ), COPE 9 ( $\beta = -0.33$ ), COPE 8 ( $\beta = 0.257$ ) en COPE 13 ( $\beta = -0.168$ ), was 'n beduidende voorspeller van DEP ( $t = 6.467$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = -5.747$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 4.685$ ,  $p < 0.001$  en  $t = -3.058$ ,  $p < 0.01$  onderskeidelik). Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir COPE 13 toon 'n negatiewe verband tussen die deelnemers se beoefening van geloof en die ervaring van depersonalisasie. Dit beteken dat deelnemers wat geloof beoefen het om stres te hanteer, minder depersonalisasie teenoor hulle pasiënte/kliënte geopenbaar het.

### **6.9.3 Meervoudige regressie-analise met Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) as afhanklike veranderlike**

Die algehele regressie, met PB as afhanklike veranderlike, was statisties beduidend vir sewe voorspellers, naamlik: COPE 9 ( $\beta = -0.190$ ), COPE 1 ( $\beta = 0.254$ ), COPE 11 ( $\beta = -0.176$ ), COPE 14 ( $\beta = 0.134$ ), COPE 10 ( $\beta = -0.206$ ), COPE 6 ( $\beta = 0.154$ ) en COPE 7 ( $\beta = 0.134$ ) ( $F(7, 217) =$



13.795,  $p < 0.001$ , en  $R^2 = 0.308$ ). Die eerste drie het betekenisvol tot die algehele regressiemodel bygedra. 'n Opsomming van die bevindings word in Tabel 30 uiteengesit.

Tabel 30

Resultate van 'n Stapsgewyse Meervoudige Regressie-Analise met die Voorspellers Positiewe Herformulering (COPE 9), Self-Afleiding (COPE 1), Humor (COPE 11), Selfblamering (COPE 14), Beplanning (COPE 10), Instrumentele Ondersteuningsoeke (COPE 6) en Losmakingsgedrag (COPE 7) onderskeidelik, en die Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB)-Tellings op die MBI as Afhanklike Veranderlike

Model	R	$R^2$	$R^2$ - verandering	F	F vir verandering	p vir F verandering
1. COPE 9	0.320	0.102	0.102	25.379	25.379	0.000***
2. COPE 9 COPE 1	0.438	0.192	0.089	26.295	24.532	0.000***
3. COPE 9 COPE 1 COPE 11	0.479	0.230	0.038	21.971	10.963	0.001**
4. COPE 9 COPE 1 COPE 11 COPE 14	0.510	0.260	0.030	19.285	8.877	0.003**
5. COPE 9 COPE 1 COPE 11 COPE 14 COPE 10	0.528	0.278	0.019	16.892	5.679	0.018*
6. COPE 9 COPE 1 COPE 11 COPE 14 COPE 10 COPE 6	0.541	0.293	0.015	15.070	4.582	0.033*
7. COPE 9 COPE 1 COPE 11 COPE 14 COPE 10 COPE 6 COPE 7	0.555	0.308	0.015	13.795	4.633	0.032*

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$



Die eerste regressiemodel, met slegs COPE 9 as voorspeller, het statisties beduidende resultate opgelewer ( $F(1, 223) = 25.379$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.102$ ). Daar kan dus gesê word dat 10.2% van die variansie in PB aan die gebruik van COPE 9 toegeskryf kan word. COPE 9 ( $\beta = -0.320$ ) was statisties 'n beduidende voorspeller van PB ( $t = -5.038$ ,  $p < 0.001$ ). Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir COPE 9 dui op 'n omgekeerde verband tussen die gebruik van positiewe herformulering as streshanteringstrategie en persepsies van verminderde persoonlike bekwaamheid. Daar kan dus gesê word dat gevoelens van persoonlike bekwaamheid by die deelnemers verhoog het namate hulle meer van positiewe herformulering gebruik gemaak het in die hantering van stresvolle werksituasies.

Die algehele regressie vir die tweede model was ook beduidend ( $F(2, 222) = 26.295$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.192$ ). COPE 9 ( $\beta = -0.317$ ) en COPE 1 ( $\beta = 0.299$ ) was gesamentlik beduidende voorspellers van PB ( $t = -5.251$ ,  $p < 0.001$  en  $t = 4.953$ ,  $p < 0.001$  onderskeidelik). Deelnemers wat van self-afleiding as streshanteringstrategie gebruik gemaak het, het dus hoër vlakke van uitbranding, in terme van gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid, ervaar.

Noemenswaardige statistiese beduidendheid is verder ook vir die derde model, met COPE 11 as addisionele voorspeller, aangetoon ( $F(3, 221) = 21.971$ ,  $p < 0.001$  en  $R^2 = 0.23$ ). 'n Kombinasie van die gebruik van COPE 9 ( $\beta = -0.296$ ), COPE 1 ( $\beta = 0.335$ ) en COPE 11 ( $\beta = -0.2$ ), was 'n beduidende voorspeller van PB ( $t = -4.977$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 5.576$ ,  $p < 0.001$ , en  $t = -3.311$ ,  $p < 0.01$  onderskeidelik). Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir COPE 11 dui op 'n negatiewe verband tussen die gebruik van humor en die ervaring van verminderde persoonlike bekwaamheid by die deelnemers. Hoër vlakke van gevoelens van persoonlike bekwaamheid is derhalwe geassosieer met die gebruik van humor as streshanteringstrategie.

## **6.10 Die invloed van die volgende biografiese veranderlikes op uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges**

### **6.10.1 Ouderdom**

Lineêre regressie-analises is uitgevoer om vas te stel of die deelnemers se ouderdom 'n beduidende voorspeller was van hulle tellings op elk van die drie MBI-subskale onderskeidelik. 'n Opsomming van die resultate word in Tabel 31 weergegee.



Tabel 31

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Ouderdom as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	R <sup>2</sup>	F	p	β
EU	0.043	10.498	0.001**	-0.206
DEP	0.048	11.943	0.001**	-0.219
PB	0.000	0.003	0.956	-0.004

\*\* p < 0.01

Vanuit Tabel 31 kan die afleiding gemaak word dat daar wel beduidende verbande bestaan tussen deelnemers se ouderdom en hulle tellings op die EU-subskaal ( $F(236) = 10.498$ ,  $p < 0.01$ ) en DEP-subskaal ( $F(236) = 11.943$ ,  $p < 0.01$ ) van die MBI, maar nie die PB-subskaal nie ( $F(236) = 0.003$ ,  $p > 0.05$ ). As gevolg van die negatiewe  $\beta$ -waardes vir EU en DEP, kan daar met 99% sekerheid gesê word dat die deelnemers minder uitbranding, in terme van emosionele uitputting en depersonalisasie, ervaar het namate hulle ouderdom toegeneem het.

### 6.10.2 Geslag

Ten einde vas te stel of manlike en vroulike deelnemers se vlakke van uitbranding beduidend van mekaar verskil het, is t-toetse vir twee onafhanklike steekproewe ten opsigte van die drie afsonderlike MBI-subskale uitgevoer. Die resultate verskyn in Tabel 32.

Tabel 32

Beduidendheid van Verskille tussen Mans en Vroue ten opsigte van Tellings op elk van die Drie MBI-Subskale

MBI-Subskale	$\bar{X}$ vir Mans (n = 100)	$\bar{X}$ vir Vroue (n = 138)	t	P
EU	24.320	21.275	-1.981	0.049*
DEP	8.67	5.5072	-4.711	0.000***
PB	11.26	11.746	0.599	0.550

\* p < 0.05

\*\*\* p < 0.001



Vanuit Tabel 32 kan afgelei word dat daar wel 'n beduidende verskil mans en vroue ten opsigte van hulle tellings op die EU-subskaal ( $t(236) = -1.981$ ,  $p < 0.05$ ) en DEP-subskaal ( $t(236) = -4.711$ ,  $p < 0.001$ ) aangetoon is. Daar was egter nie 'n beduidende verskil tussen die twee subgroepe ten opsigte van hulle PB-tellings nie ( $t(236) = 0.599$ ,  $p > 0.05$ ). Daar kan dus met 95% sekerheid gesê word dat mans meer emosionele uitputting ervaar het as vroue. Daar kan ook met 99.9% sekerheid gesê word dat mans meer depersonalisasie getoon het as vroue.

### 6.10.3 Werkzaamheid in die publieke sektor, opleidingsinstansie of privaatpraktyk

Geeneen van die deelnemers het werkzaamheid in die publieke sektor op die webbladsy (sien Bylae 3: Deel I) aangedui nie. Al 238 deelnemers was dus òf voltyds in privaatpraktyk òf hoofsaaklik by 'n opleidingsinstansie (soos 'n universiteit) werkzaam. Gevolglik is t-toetse vir twee onafhanklike steekproewe uitgevoer om vas te stel of daar beduidende verskille in uitbranding tussen die twee subgroepe bestaan het. Tellings vir uitbranding, op die drie MBI-subskale onderskeidelik, het as afhanklike veranderlikes gedien. Die resultate word in Tabel 33 uiteengesit.

Tabel 33

#### Beduidendheid van Verskille tussen Werkzaamheid in Privaatpraktyk en Opleidingsinstansie ten opsigte van die Drie MBI-Subskale afsonderlik

MBI-Subskale	$\bar{X}$ vir Privaatpraktyk (n = 143)	$\bar{X}$ vir Opleidingsinstansie (n = 95)	t	p
EU	23.741	20.768	1.918	0.056
DEP	7.385	6.011	1.957	0.051
PB	10.958	12.421	-1.799	0.073

Vanuit Tabel 33 blyk dit dat daar geen beduidende verskille tussen die twee subgroepe, ten opsigte van hulle tellings op EU ( $t(236) = 1.918$ ,  $p > 0.05$ ), DEP ( $t(236) = 1.957$ ,  $p > 0.05$ ) of PB ( $t(236) = -1.799$ ,  $p > 0.05$ ) bestaan het nie.

### 6.10.4 Aantal pasiënte/kliënte-ure per week

Lineêre regressie-analises is uitgevoer om die verband tussen die aantal ure wat die deelnemers per week met hulle pasiënte/kliënte deurbring en hulle tellings op die drie onderskeie subskale van



die MBI te ondersoek. Die resultate word in Tabel 34 uiteengesit.

Tabel 34

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met die Aantal Pasiënte/Kliënte-Ure per Week as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	R <sup>2</sup>	F	p	β
EU	0.064	16.036	0.000***	0.252
DEP	0.039	9.499	0.002**	0.197
PB	0.039	9.495	0.002**	-0.197

\*\* p < 0.01

\*\*\* p < 0.001

Vanuit Tabel 34 blyk dit dat die aantal pasiënte/kliënte-ure 'n beduidende voorspeller was van EU ( $F(236) = 16.036$ ,  $p < 0.001$ ), DEP ( $F(236) = 9.499$ ,  $p < 0.01$ ) en PB ( $F(236) = 9.495$ ,  $p < 0.01$ ). Daar kan dus met 99.9% sekerheid gesê word dat deelnemers wat meer ure per week in kontak met hulle pasiënte/kliënte was, meer emosioneel uitgeput was. Daar kan ook met 99% sekerheid aangeneem word dat deelnemers wat meer ure per week met hulle pasiënte/kliënte in kontak was, meer depersonalisasie ervaar het. Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir PB dui daarop dat sielkundiges wat meer ure per week aan kontak met pasiënte/kliënte bestee het, meer gevoelens van persoonlike bekwaamheid (minder gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid) ervaar het. Hierdie afleiding kan met 99% sekerheid gemaak word.

#### 6.10.5 Aantal jare in praktyk

Lineêre regressie-analises is uitgevoer om vas te stel of die aantal jare wat deelnemers reeds as sielkundiges praktiseer, 'n beduidende voorspeller was van uitbranding, soos op elk van die drie subskale van die MBI gemeet. Die resultate word in Tabel 35 opgesom.



Tabel 35

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Aantal Jare in Praktyk as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	$R^2$	F	p	$\beta$
EU	0.018	4.409	0.037*	-0.135
DEP	0.001	0.313	0.576	-0.036
PB	0.009	2.239	0.136	0.097

\*  $p < 0.05$

Vanuit Tabel 35 kan die afleiding gemaak word dat die aantal jare wat die deelnemers in praktyk was, slegs 'n beduidende voorspeller van EU ( $F(236) = 4.409$ ,  $p < 0.05$ ) was, en nie van DEP ( $F(236) = 0.313$ ,  $p > 0.05$ ) of PB ( $F(236) = 2.239$ ,  $p > 0.05$ ) nie. Alhoewel die aantal jare in praktyk 'n statisties beduidende voorspeller van EU was, kan slegs 1.8% ( $R^2 = 0.018$ ) van die variansie (verhoging) in emosionele uitputting by die deelnemers aan die aantal jare wat hulle reeds praktiseer toegeskryf word. Die negatiewe  $\beta$ -waarde vir EU dui daarop dat deelnemers wat langer in praktyk was, minder emosioneel uitgeput was.

#### 6.10.6 Terapeutiese modaliteit

Die deelnemers se response ten opsigte van die terapeutiese modaliteit waarin hulle hoofsaaklik werk, is in tien groepe verdeel. Die gemiddeldes van elke MBI-subskaal is vir elke groep bereken. Die beskrywende statistiek word in Tabel 36 weergegee.



Tabel 36

Beskrywende Statistiek vir Terapeutiese Modaliteit ten opsigte van Elk van die Drie MBI-Subskale

	N	EU		DEP		PB	
		$\bar{X}$	SA	$\bar{X}$	SA	$\bar{X}$	SA
1. Kognitiewe Gedragterapie (KGT)	95	21.54	13.24	7.32	6.32	11.53	5.24
2. Persoonsgesentreerde Therapie (PGT)	21	25.10	10.16	5.38	3.41	10.67	7.24
3. KGT/PGT-Kombinasie (KGT/PGT)	13	14.39	2.14	6.62	1.33	17.00	3.65
4. Eklektiese Benadering (EKL)	23	26.91	10.10	9.74	5.31	12.22	7.33
5. Psigodinamiese Therapie (PSDY)	25	28.20	11.53	6.64	4.21	10.96	7.99
6. Interpersoonlike Therapie (IPT)	4	33.25	1.89	5.75	1.50	17.75	0.96
7. Narratiewe Therapie (NT)	13	16.15	5.19	6.00	5.67	5.77	4.15
8. Sisteembenadering (SYS)	9	18.67	4.27	5.89	5.35	18.11	6.27
9. Hipnoterapie (HYP)	4	46.00	2.00	5.50	1.29	10.25	2.75
10. Ander	31	19.00	8.71	5.39	4.86	9.74	4.00

Tabel 36 toon aan dat HYP ( $\bar{X} = 46.00$ ) die hoogste, en IPT ( $\bar{X} = 33.25$ ) die tweede hoogste gemiddelde EU-telling opgelewer het. Berekeninge ten opsigte van beide hierdie subgroepe is egter nie in ag geneem nie, aangesien daar slegs vier deelnemers in elke subgroep was. Die gemiddelde EU-telling vir PSDY ( $\bar{X} = 28.20$ ,  $n = 25$ ) is dus as die hoogste beskou. Die laagste gemiddelde EU-telling was vir KGT/PGT ( $\bar{X} = 14.39$ ,  $n = 13$ ).

Die hoogste gemiddelde telling vir DEP was vir die subgroep EKL ( $\bar{X} = 9.74$ ,  $n = 23$ ), terwyl die laagste gemiddelde deur die PGT-subgroep ( $\bar{X} = 5.38$ ,  $n = 21$ ) behaal is.

Vanuit Tabel 36 blyk dit verder dat die hoogste gemiddelde PB-telling deur die SYS-subgroep ( $\bar{X} = 18.11$ ,  $n = 9$ ), en die laagste gemiddelde telling deur die NT-subgroep ( $\bar{X} = 5.77$ ,  $n = 13$ ) behaal is.



Eenrigting variansie-ontleding (ANOVA) is gebruik om beduidende verskille tussen die onderskeie subgroepe se gemiddelde MBI-subskaaltellings vas te stel. Drie ANOVA's is uitgevoer, met EU, DEP en PB as afhanklike veranderlikes onderskeidelik. Die resultate verskyn in Tabel 37.

Tabel 37

Beduidendheid van Verskille tussen Terapeutiese Modaliteit-Subgroepe se MBI-Gemiddeldes

MBI-Subskale	F	p
EU	5.721	0.000***
DEP	1.411	0.184
PB	5.065	0.000***

\*\*\*  $p < 0.001$

Uit Tabel 37 kan afgelei word dat daar wel beduidende verskille bestaan het tussen die terapeutiese modaliteit-subgroepe ten opsigte van hulle tellings op die EU-subskaal ( $F(9, 228) = 5.721$ ,  $p < 0.001$ ) en PB-subskaal ( $F(9, 228) = 5.065$ ,  $p < 0.001$ ).

Om vas te stel tussen watter modaliteit-subgroepe die beduidende verskille was, is Tukey-toetse ten opsigte van die EU- en DEP-subskale afsonderlik uitgevoer.

Die eerste Tukey-toets, met EU as afhanklike veranderlike, het 'n beduidende verskil tussen die PSDY- en KGT/PGT-subgroepe ten opsigte van Emosionele Uitputting aangetoon ( $p < 0.01$ ). Daar kan dus met 99% sekerheid afgelei word dat deelnemers wat hoofsaaklik 'n psigodinamiese terapeutiese benadering gevolg het, 'n groter mate van emosionele uitputting ervaar het as diegene wat hoofsaaklik 'n kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en persoonsgesentreerde terapie gebruik het.

Resultate vir die tweede Tukey-toets, waarin PB die afhanklike veranderlike was, het 'n beduidende verskil tussen die SYS- en NT-subgroepe aangedui ( $p < 0.001$ ). Die afleiding kan dus met 99.9% sekerheid gemaak word dat deelnemers wat hoofsaaklik 'n sisteembenadering gevolg het, minder persoonlike bekwaamheid ervaar het as diegene wat hoofsaaklik narratiewe terapie in die praktyk toegepas het.



### 6.10.7 Huwelikstatus

Deelnemers kon vyf keuses ten opsigte van huwelikstatus in die biografiese vraelys (sien Bylae 3: Deel I) uitoefen. Die respons-opsies was dié van Getroud, Geskei, Wewenaar/Weduwee, Nooit Getroud en Vervreemd. Slegs deelnemers uit die kategorieë Getroud, Geskei en Nooit Getroud, het gereageer. Die gemiddeldes van elke MBI-subskaal onderskeidelik, is vir elk van die drie groepe bereken. Die beskrywende statistiek word in Tabel 38 uiteengesit.

Tabel 38

#### Beskrywende Statistiek vir Huwelikstatus ten opsigte van Elk van die Drie MBI-Subskale

	n	EU		DEP		PB	
		$\bar{X}$	SA	$\bar{X}$	SA	$\bar{X}$	SA
1. Getroud	162	22.54	12.34	6.77	5.19	11.90	6.54
2. Geskei	31	22.48	10.55	5.42	3.90	10.36	6.63
3. Nooit getroud	45	22.64	10.65	8.04	6.45	11.09	4.17

Tabel 38 toon aan dat die hoogste gemiddelde EU- en DEP-tellings behaal is deur deelnemers wat nooit getroud was nie ( $\bar{X} = 22.64$  en  $\bar{X} = 8.04$  onderskeidelik), terwyl getroude deelnemers die hoogste gemiddelde PB-telling ( $\bar{X} = 11.90$ ) behaal het. Geskeide deelnemers het die laagste gemiddelde tellings op die subskale EU ( $\bar{X} = 22.48$ ), DEP ( $\bar{X} = 5.42$ ) en PB ( $\bar{X} = 10.36$ ) behaal.

Eenrigting variansie-ontleding (ANOVA) is gebruik om beduidende verskille tussen die drie subgroepe se gemiddelde MBI-subskaalteellings vas te stel. Drie ANOVA's is uitgevoer, met EU, DEP en PB as afhanklike veranderlikes onderskeidelik. Die resultate word in Tabel 39 uiteengesit.

Tabel 39

#### Beduidendheid van die Verskille tussen Huwelikstatus-Subgroepe se MBI-Gemiddeldes

MBI-Subskale	F	p
EU	0.002	0.998
DEP	2.283	0.104
PB	0.959	0.385



Tabel 39 toon geen beduidende verskille tussen die subgroepe aan nie ( $p > 0.05$  vir al drie subskale). Daar was dus geen beduidende verskil tussen deelnemers wat getroud, geskei en nooit getroud was, se vlakke van uitbranding ten opsigte van enige van die drie MBI-subskale nie.

#### 6.10.8 Probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse

Lineêre regressie-analises is uitgevoer om vas te stel of probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse 'n beduidende voorspeller was van uitbranding by deelnemers, soos deur hulle tellings op elk van die drie subskale van die MBI gemeet. Tabel 40 toon 'n opsomming van die resultate.

Tabel 40

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Probleme met die Vereffening van Rekeninge deur Mediese Fondse as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	$R^2$	F	p	$\beta$
EU	0.029	6.982	0.009**	0.171
DEP	0.057	13.912	0.000***	0.238
PB	0.035	8.41	0.004**	0.187

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$

Tabel 40 toon aan dat deelnemers se ervaring van probleme met mediese fondsuitbetalings 'n beduidende voorspeller van EU ( $F(232) = 6.982$ ,  $p < 0.01$ ), DEP ( $F(232) = 13.912$ ,  $p < 0.001$ ), sowel as PB ( $F(232) = 8.41$ ,  $p < 0.01$ ) was. Alhoewel hierdie resultate statisties beduidend is, kan slegs 2.9% van die variansie in EU ( $R^2 = 0.029$ ), 5.7% van die variansie in DEP ( $R^2 = 0.057$ ) en 3.5% van die variansie in PB ( $R^2 = 0.035$ ) onderskeidelik, aan die variansie in mediese fondsuitbetalingsprobleme toegeskryf word.



### 6.10.9 Probleme met oninbare skulde

Tabel 41 toon die resultate van die lineêre regressie-analises wat uitgevoer is om vas te stel of oninbare skulde 'n beduidende voorspeller was van deelnemers se tellings op die drie MBI-subskale onderskeidelik.

Tabel 41

Resultate van die Afsonderlike Lineêre Regressie-Analises met Oninbare Skulde as Voorspeller en Tellings op die Drie MBI-Subskale Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB) onderskeidelik, as Afhanklike Veranderlikes

Voorspellers	R <sup>2</sup>	F	p	β
EU	0.000	0.006	0.937	0.005
DEP	0.048	11.824	0.001*	-0.22
PB	0.006	1.32	0.252	0.075

\*  $p < 0.01$

Vanuit Tabel 41 kan die afleiding gemaak word dat probleme met oninbare skulde slegs 'n beduidende voorspeller van DEP ( $F(232) = 11.824$ ,  $p < 0.01$ ) by die deelnemers was. Alhoewel hierdie resultate statisties beduidend is, kan slegs 4.8% van die variansie in DEP ( $R^2 = 0.048$ ) aan die variansie in probleme met oninbare skulde toegeskryf word. Daar kan egter met 99.9% ( $p = 0.001$ ) sekerheid gesê word dat deelnemers wat meer probleme met oninbare skulde ondervind het, minder depersonalisasie ervaar het.



## HOOFSTUK VI

### BESPREKING

#### 1. INLEIDING

Die oorkoepelende doelstelling van die huidige studie was om ondersoek in te stel na die verband tussen stres, streshanteringstrategieë en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges. Met hierdie doel is die mate van stres (soos gemanifesteer in angs en depressie) en uitbranding wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom, eerstens bepaal. Daarbenewens is die aard van die streshanteringstrategieë wat hierdie sielkundiges gebruik, vasgestel. Vervolgens is die verband tussen streshanteringstrategieë en angs en depressie onderskeidelik ondersoek. Hierna is die verband tussen uitbranding en onderskeidelik angs, depressie en streshanteringstrategieë bepaal. Laastens is moontlike verbande tussen uitbranding en verskeie biografiese veranderlikes ondersoek.

Die doelstellings sal vervolgens aan die hand van die spesifieke navorsingsvrae, soos in Hoofstuk III uiteengesit, bespreek word.

#### 2. INTERPRETASIE VAN RESULTATE

##### 2.1 Die mate van stres, soos gemanifesteer in angs, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom

In die huidige navorsing is die S-skaal van die *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger et al., 1983) gebruik om situasie-gebonde angs by die deelnemers vas te stel. Uit die resultate van die STAI blyk dit dat 55 van die totale 238 deelnemers (23.11%) bogemiddelde angsvlakke ervaar het, terwyl 79 deelnemers (33.19%) hoë vlakke angsvlakke ervaar het. 'n Totaal van 134 (56.3%) het dus bogemiddelde angsvlakke ervaar. Die gemiddelde STAI-S-telling vir die totale steekproef was 37.74, wat daarop dui dat die gemiddelde deelnemer bogemiddelde angsvlakke ervaar het. Aangesien angs 'n manifestasie van stres is (Derogatis & Coons, 1993; Spielberger et al., 1983; Wheaton, 1996), impliseer dit dat die sielkundiges in die huidige steekproef bogemiddelde vlakke van werkverwante stres ervaar het.

Alhoewel verskeie vorige internasionale navorsers daarop gewys het dat die beroep van die sielkundige stresvol is (Coster & Schwebel, 1997; Cushway et al., 1996; Cushway & Tyler, 1994,



1996; Murtagh & Wollersheim, 1997), kon geen vorige studies opgespoor word waarin spesifiek die angsvlakke van sielkundiges gemeet is nie. Twee vorige studies, waarin die *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg, 1978) gebruik is om die teenwoordigheid van psigiatriese probleme - naamlik depressie, angs, somatiese simptome en sosiale wanfunksionering - by Britse sielkundiges vas te stel, het daarop gedui dat onderskeidelik 29.4% (Cushway & Tyler, 1994) en 40% (Cushway et al., 1996) kliniese sielkundiges tellings bokant die GHQ-afsnypunt vir die teenwoordigheid van psigiatriese probleme behaal het. Aangesien die GHQ - en nie die STAI nie - as meetinstrument in bogenoemde studies gebruik is, kan hierdie bevindings nie direk met die bevindings van die huidige studie vergelyk word nie. Die afleiding kan wel gemaak word dat die 56.3% kliniese en voorligtingsielkundiges wat in die huidige studie bogemiddelde angsvlakke ervaar het, heelwat hoër is as die 29.4% (Cushway & Tyler, 1994) en 40% (Cushway et al., 1996) kliniese sielkundiges wat in laasgenoemde twee studies psigiatriese simptome gerapporteer het.

Dit is kommerwekkend dat meer as die helfte (56.3%) van 'n verteenwoordigende steekproef van Suid-Afrikaanse sielkundiges bogemiddelde angsvlakke ervaar het. Dit is laer as die bevindings van 'n studie onder Suid-Afrikaanse tandartse, waarin 'n totaal van 76.5% bogemiddelde angsvlakke ervaar het (Möller & Spangenberg, 1996), maar soortgelyk aan die bevindings van 'n studie onder Suid-Afrikaanse predikante (Böhmer & Spangenberg, 2001), waarin 'n totaal van 51% deelnemers bogemiddelde angsvlakke ervaar het. 'n Moontlike verklaring vir die laer angsvlakke wat by sielkundiges as by tandartse bevind is, is dat sielkundiges oor meer psigoterapeutiese tegnieke beskik - wat hulle op hulle self kan toepas - om angs teen te werk. Tandartse, daarenteen, is meer by die fisiese gesondheid van pasiënte betrokke, en voer dikwels gevaarlike en riskante mediese prosedures uit, wat korrektheid, noukeurigheid en behendigheid vereis. Verder word tandartse dikwels beskou as die toedienaars van pyn (Möller & Spangenberg, 1996), wat as 'n addisionele stressor kan dien.

Alhoewel die tandheerkunde- en predikantsprofessies beide diensberoepe is, is die werk van 'n predikant meer vergelykbaar met die werk van 'n sielkundige, in dié opsig dat 'n beradings- of terapeutiese funksie 'n groot gedeelte van die predikant se werksomskrywing uitmaak. Die publiek verwag ook dikwels van die predikant om 'n toonbeeld van geluk, emosionele welsyn en lewenstevredenheid te wees (Warber & Carter, aangehaal in Böhmer & Spangenberg, 2001). As gevolg van hierdie hoë verwagtinge van andere, het predikante dikwels ook onrealistiese selfverwagtinge (Roux, aangehaal in Böhmer & Spangenberg, 2001) en hou hulle waarskynlik 'n front van emosionele welsyn na die buitewêreld voor. Vanweë hierdie front sal bogemiddelde angsvlakke moontlik minder deur predikante as deur tandartse gerapporteer word. Dieselfde moontlikheid kan ook vir sielkundiges geld. Angstellings by sielkundiges in die huidige studie het baie met dié van predikante in Böhmer en Spangenberg (2001) se studie ooreengestem. Nietemin



bly dit verontrustend dat 56.3% van die kliniese en voorligtingsielkundiges in die huidige studie bogemiddelde angsvlakke ervaar het. Aangesien die sielkundige voortdurend met die emosionele probleme van andere werk, sal soortgelyke emosionele probleme by die sielkundige self waarskynlik nie kongruent met sy/haar selfbeeld wees nie. Dit kan daartoe lei dat die sielkundige baie druk op hom-/haarself plaas, wat bogemiddelde angsvlakke by hom/haar tot gevolg kan hê.

## **2.2 Die mate van stres, soos gemanifesteer in depressie, wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom**

Daar word algemeen in navorsing aanvaar dat depressie, soos ang, dikwels 'n emosionele manifestasie van stres is (Derogatis & Coons, 1993; Wheaton, 1996). In verskeie vorige Suid-Afrikaanse ondersoeke is depressie dan ook saam met ang gemeet as emosionele manifestasies van stres (Somhlaba, 2002; Spangenberg & Campbell, 1999; Spangenberg & Lacock, 2001; Spangenberg & Theron, 1999, 2001). Die teenwoordigheid van depressie by sielkundiges dien dus ook as 'n addisionele aanduiding van hulle stresvlakke. Die *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck et al., 1961) is in die huidige studie gebruik om depressie by die deelnemers te meet.

Weens die teenstrydighede ten opsigte van die afsnypunte vir die BDI (Beck, 1972; Beck et al., 1988) en die aanbevelings van verskeie navorsers (Botha, 1983; Carroll et al., 1973; Prusoff et al., 1972) dat selfbeoordelingskale liever nie gebruik behoort te word vir die meting van die graad van depressie nie, is die BDI in die huidige studie slegs gebruik om die teenwoordigheid van depressie, al dan nie, by deelnemers vas te stel.

Uit die totale steekproef van 238 het 129 deelnemers (54.2%) tellings wat op depressie dui, op die BDI behaal. Die voorkoms van depressie onder sielkundiges is reeds deur verskeie internasionale navorsers ondersoek. Pope en Tabachnick (1994) het gerapporteer dat 61% van hul steekproef van 476 Amerikaanse sielkundiges ten minste een depressiewe episode gedurende hulle loopbaan ervaar het. Gilroy et al. (2001), wat vrouesielkundiges bestudeer het, het bevind dat 76% van die 220 deelnemers een of ander vorm van depressiewe versteuring gerapporteer het. 'n Studie waarin navorsing- en praktiserende sielkundiges met mekaar vergelyk is, het aangedui dat laasgenoemde beduidend meer gevoelens van depressie gerapporteer het (Radeke & Mahoney, 2000). Twee ander studies het uitgewys dat depressie een van die algemene probleme is wat deur sielkundiges ervaar word (Mahoney, 1997; Schoup, 1995). Die bogenoemde studies was egter bloot retrospektief van aard of het van selfverslag gebruik gemaak. Aangesien depressie in die betrokke studies nie met 'n gestandaardiseerde meetinstrument vir depressie gemeet is nie, is hul resultate nie direk vergelykbaar met die huidige bevindings nie.



Dit is sorgwekkend dat meer as die helfte (54.2%) van die huidige steekproef Suid-Afrikaanse sielkundiges aanduidings van depressie op die BDI, 'n bekende, gestandaardiseerde instrument vir die meting van depressie, ervaar het. Die insidensie van depressie by die huidige steekproef sielkundiges is heelwat hoër as die insidensie van 21% wat onder Suid-Afrikaanse predikante verkry is (Böhmer & Spangenberg, 2001) en nóg hoër as die 14.3% wat onder die algemene Suid-Afrikaanse bevolking aangetref word (*Die Burger*, aangehaal in Böhmer & Spangenberg, 2001). Dit is wel moontlik dat dit juis dié sielkundiges is wat emosionele probleme ondervind het, wat op die uitnodiging om aan die studie deel te neem, gereageer het. Sodoende sou hulle op 'n anonieme wyse hulle emosionele nood kon deel. Daar moet ook in gedagte gehou word dat sielkundiges voortdurend met die gevoelswêreld van mense werk en dus waarskynlik meer in kontak met hulle eie emosies is as die gemiddelde persoon. Daarom is hulle moontlik meer bewus daarvan as hulle neerslagtige gevoelens ervaar.

### **2.3 Die vlakke van uitbranding (emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid) wat by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges voorkom**

Die deelnemers se vlakke van uitbranding is deur die *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1981a) bepaal. Die MBI bestaan uit drie afsonderlike subskale, naamlik Emosionele Uitputting (EU), Depersonalisasie (DEP) en Verminderde Persoonlike Bekwaamheid (PB). Al drie die subskale word afsonderlik nagesien en daar is dus drie MBI-tellings vir elke deelnemer bereken (Maslach & Jackson, 1981a).

Die resultate vir die EU-skaal dui daarop dat 64 (26.89%) en 72 (30.25%) deelnemers uit die totale steekproef van 238, onderskeidelik matige en hoë vlakke van emosionele uitputting ervaar het. Die gemiddelde EU-telling van 22.55 beteken dat die gemiddelde Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundige matige uitbranding, in terme van emosionele uitputting, getoon het. Dit sluit aan by die bevindings van verskeie vorige internasionale navorsers, wat in hulle studies matige vlakke van emosionele uitputting vir sielkundiges (Fortener, 1999; Kaden, 1999; Persing, 2000; Raquepaw & Miller, 1989; Van der Ploeg et al., 1990; Vredenburg et al., 1999) en intern-sielkundiges (Wertz, 2000) gerapporteer het. Bykans een derde (30.25%) van die huidige steekproef het hoë vlakke van uitbranding in terme van emosionele uitputting ervaar, terwyl die totaal vir matige en hoë emosionele uitputting gesamentlik 136 (57.14%) beloop het. Dit is veelseggend dat so baie Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges emosionele uitputting as gevolg van hulle werk ervaar het. Emosionele uitputting word gekenmerk deur gevoelens van leegheid en oorweldigende gevoelens van emosionele stres. Die sielkundige voel "opgebruik", gedreineer en fisies moeg. Emosionele uitputting vorm die kernaspek van uitbranding (Maslach,



1982) en volgens sommige (Golembiewski et al., 1986) selfs die eindfase van die uitbrandingsproses. Aangesien daar tans 'n hoë insidensie van ernstige patologie, soos posttraumatiese stres, alkoholisme, dwelmafhanklikheid, gesinsgeweld en verkragting (insluitend kinderverkragting), onder Suid-Afrikaners heers, werk baie praktiserende sielkundiges dus met swaar patologie. Dit stel baie hoë emosionele eise aan die sielkundige, wat waarskynlik kan bydra tot die ontstellende hoë voorkoms van emosionele uitputting by kliniese en voorligtingsielkundiges in die huidige studie. Beide die sielkundige en die pasiënt/kliënt ly daaronder wanneer die sielkundige nie sy/haar emosionele nood doeltreffend kan hanteer nie (O'Connor, 2001).

Ten opsigte van die DEP-subskaal het 65 (27.31%) deelnemers matige, en 49 (20.59%) deelnemers hoë vlakke van depersonalisasie ervaar. Die gemiddelde DEP-telling van 6.84 dui daarop dat die gemiddelde kliniese en voorligtingsielkundige in Suid-Afrika matige vlakke van depersonalisasie ervaar het. Dit stem ooreen met die bevindings van Persing (2000), Van der Ploeg et al. (1990), Vredenburg et al. (1999) en Wertz (2000), maar is ietwat hoër as die lae gemiddelde depersonalisasie-telling wat in Kaden (1999) se studie aangaande uitbranding by sielkundiges op die doktorsvlak verkry is. Bykans een vyfde van die sielkundiges in die huidige steekproef het egter hoë vlakke van depersonalisasie ervaar, terwyl die totaal vir matige en hoë vlakke van depersonalisasie 114 (48%) beloop het. Depersonalisasie behels die ontwikkeling van negatiewe, afsydige en siniese houdings teenoor pasiënte/kliënte en die behandeling van pasiënte/kliënte soos objekte (Maslach, 1982). Dit is kommerwekkend dat so 'n groot aantal Suid-Afrikaanse sielkundiges matige (27.31%) of sterk (20.59%) gevoelens van depersonalisasie teenoor hulle pasiënte/kliënte ervaar het. Sulke gevoelens moet noodwendig die gehalte van psigoterapie - en dus die sukseskoers daarvan - negatief beïnvloed. In die lig van die belangrikheid daarvan dat pasiënte/kliënte empatie, kongruensie en onvoorwaardelike positiewe agting by hul sielkundiges behoort te ervaar (Rogers, 1957, 1961, 1980), kan die ervaring van die teendeel, naamlik depersonalisasie, gekenmerk deur minagting, ongevoeligheid, sinisme en afgetrokkenheid (Maslach, 1982), selfs die pasiënt/kliënt emosionele skade berokken (Carkhuff & Truax, 1966).

Die resultate van die huidige studie vir die PB-subskaal het aangetoon dat 84 (35.29%) van die totale steekproef matige, en 68 (28.57%) hoë vlakke van verminderde persoonlike bekwaamheid ervaar het. Die gemiddelde PB-telling van 11.55 dui daarop dat die gemiddelde Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundige matige vlakke van uitbranding, in terme van gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid, getoon het. Dit is laer as die hoë vlakke in Van der Ploeg et al. (1990) se studie, en hoër as die lae vlakke wat deur Kaden (1999), Raquepaw en Miller (1989), en Vredenburg et al. (1999), in hulle studies van sielkundiges, asook deur Wertz (2000), in haar studie van intern-sielkundiges, gerapporteer is. Die matige vlakke van verminderde



persoonlike bekwaamheid wat deur die gemiddelde sielkundige in die huidige studie ervaar is, is dus hoër as dié wat in die meeste internasionale studies gerapporteer is, wat ernstige implikasies vir die Suid-Afrikaanse populasie kliniese en voorligtingsielkundiges inhou. Dit is insiggewend dat 'n hoë persentasie van Suid-Afrikaanse sielkundiges in 'n matige (35.29%) of sterk mate (28.57%) gevoelens van persoonlike onbekwaamheid ervaar het, wat noodwendig tot gevoelens van mislukking ten opsigte van psigoterapie moet lei. 'n Gebrek aan selfvertroue by sielkundiges moet weereens noodwendig die gehalte van psigoterapie en vertroue wat by pasiënte/kliënte ingeboesem moet word, negatief beïnvloed. Die nuutste navorsing in verband met uitbranding dui daarop dat gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid hand aan hand met emosionele uitputting ontwikkel, aangesien hierdie twee komponente as reaksies op verskillende aspekte van die werksomgewing, wat probleme vir mensgerigte dienswerkers veroorsaak, ontstaan (Leiter, 1993).

Opsommend kan gesê word dat die gemiddelde Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundige matige vlakke van uitbranding ervaar het. Dit sluit gedeeltelik aan by die bevindings van Metz (1987) en Smith (1998), wat lae tot matige vlakke van uitbranding by ander Suid-Afrikaanse steekproewe van sielkundiges gerapporteer het. Vanuit die voorafgaande is dit egter duidelik dat die situasie rakende uitbranding by Suid-Afrikaanse sielkundiges beslis erger geword het sedert die studies van Metz (1987) en Smith (1998) uitgevoer is.

## **2.4 Die tipes stresreaneringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word**

In die huidige ondersoek is die *Brief Coping Orientations to Problems Experienced* (Brief COPE) (Carver, 1997) gebruik om die stresreaneringstrategieë van kliniese en voorligtingsielkundiges te meet. Hierdie instrument is 'n verkorte weergawe van die oorspronklike *Coping Orientations to Problems Experienced* (COPE) (Carver et al., 1989) en meet 14 verskillende stresreaneringstrategieë, naamlik Aktiewe Stresreanering, Beplanning, Positiewe Herformulering, Aanvaarding, Humor, Geloof, Emosionele Ondersteuningsoeke, Instrumentele Ondersteuningsoeke, Self-Afleiding, Ontkenning, Emosionele Ontlading, Substansgebruik, Losmakingsgedrag, en Selfblamerig. Aktiewe stresreanering, beplanning en die soeke na instrumentele ondersteuning word as probleemgerigte stresreaneringstrategieë beskou, terwyl die soeke na emosionele ondersteuning, positiewe herformulering, aanvaarding, ontkenning, humor en geloof as emosiegerigte stresreaneringstrategieë beskou word (Carver et al., 1989). Emosionele ontlading, losmakingsgedrag, substansgebruik en self-afleiding (Carver et al., 1989), sowel as selfblamerig (Carver, 1997), word as minder effektiewe stresreaneringstrategieë beskou.



In hierdie ondersoek het die deelnemers tellings op al 14 subskale van die Brief COPE behaal. Die deelnemers het dus klaarblyklik nie uitsluitlik sekere stresshanteringstrategieë gebruik nie, maar van al 14 (probleemgerigte sowel as emosiegerigte) stresshanteringstrategieë gebruik gemaak om werkverwante stres te hanteer.

As daar gekyk word na die hoogste en laagste gemiddelde tellings onderskeidelik wat deur die deelnemers op die Brief COPE behaal is, toon die bevindings van die huidige studie dat Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges die meeste van aktiewe stresshanteringstrategieë en die minste van losmakingsgedrag gebruik gemaak het. Aktiewe metodes om werkstres te hanteer is dus verkies en sielkundiges het nie bloot moed opgegee deur hulle van die stressor te distansieer nie.

Die bevindings van die huidige ondersoek, wat aandui dat sielkundiges van probleem- sowel as emosiegerigte stresshanteringstrategieë gebruik gemaak het, is in ooreenstemming met die sienings van verskeie navorsers (Carver et al., 1989; Folkman & Lazarus, 1980; Folkman & Lazarus, 1991; Lazarus, 1999), wat gekonstateer het dat doeltreffende stresshantering 'n multidimensionele proses is wat probleem- sowel as emosiegerigte pogings insluit. Lazarus (1999) se beklemtoning dat dit soms moeilik is om 'n spesifieke strategie in een van die twee kategorieë te plaas en dat dieselfde stresshanteringstrategie soms albei funksies kan verrig, sluit hierby aan. Lazarus se mening dat die twee funksies selde van mekaar geskei kan word en dat albei essensiële komponente van die stresshanteringspoging uitmaak, word deur die resultate van die huidige ondersoek ondersteun.

## **2.5 Die tipes stresshanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, wat verband hou met ang**

Ten einde vas te stel watter stresshanteringstrategieë 'n invloed uitgeoefen het op sielkundiges se angsvlakke, is 'n stapsgewyse meervoudige regressie-analise uitgevoer, waarin die deelnemers se STAI-S-tellings ten opsigte van hulle tellings op die veertien onderskeie Brief COPE-skale geregresseer is. Agt stresshanteringstrategieë het beduidend tot die voorspelling van ang by die deelnemers bygedra ( $R^2 = 0.505$ ). Die afleiding kan dus gemaak word dat 'n "angstige" sielkundige die volgende stresshanteringstrategieë gebruik het: selfblaming, losmakingsgedrag, ontkenning, 'n gebrek aan humor, self-afleiding, 'n gebrek aan aanvaarding, emosionele ontlading, en substansgebruik. Die eerste vier stresshanteringstrategieë het die grootste invloed op die ervaring van ang uitgeoefen ( $R^2 = 0.429$ ) en 42.9% van die variansie in angsvlakke kan dus aan die gesamentlike gebruik van selfblaming, losmakingsgedrag, ontkenning en 'n gebrek aan humor



toegeskryf word. Sielkundiges se angsvlakke het dus verhoog met die gebruik van die eerste drie streshanteringstrategieë, en verlaag met die gebruik van humor.

Die bogenoemde is almal emosiegerigte streshanteringstrategieë, wat deur verskeie navorsers as minder effektief beskou is (Carver et al., 1989; Monat & Lazarus, 1991). Selfblamering is in vorige studies deur Bolger (aangehaal in Carver, 1997) en McCrae (aangehaal in Carver, 1997) as 'n voorspeller van swak aanpassing tydens stresvolle situasies bevind. Gilbert en Miles (2000) het in hulle studie van studente bevind dat selfblamering geassosieer was met verskeie psigopatologiese veranderlikes, waarvan sosiale angste deel uitgemaak het. In 'n ander studie (Poulin, 2000) het selfblamering na vore gekom as die mees kragtige voorspeller van strespersepsies by vroue met endometriose. Losmakingsgedrag (Carver et al., 1989), sowel as ontkenning (Monat & Lazarus, 1991), word ook in die literatuur as relatief minder effektiewe streshanteringstrategieë beskou. Fillion et al. (2002) het in hulle studie van borskanker pasiënte wat in die proses was om bestraling te ondergaan, aangetoon dat 'n verwydering of losmaking ("disengagement") van die situasie sterk positief gekorreleer het met angste. Die huidige bevindings dat sielkundiges se angsvlakke toegeneem het met die gebruik van hoofsaaklik selfblamering, losmakingsgedrag en ontkenning, stem dus ooreen met dié van vorige studies onder ander navorsingspopulasies.

In teenstelling met selfblamering, losmakingsgedrag en ontkenning, het die gebruik van humor tot die verligting van angste by voorligting- en kliniese sielkundiges in die huidige studie bygedra. Dit is in ooreenstemming met die resultate van vorige studies (Kramen-Kahn & Hansen, 1998; Medeiros & Prochaska, 1988), waarin humor uitgewys is as 'n algemene strategie wat deur psigoterapeute gebruik is om werkverwante stres te hanteer.

Alhoewel die laaste vier streshanteringstrategieë van self-afleiding, aanvaarding, emosionele ontlading en substansgebruik nie so 'n noemenswaardige bydrae tot die algehele regressiemodel gelewer het nie ('n bykomende 7.6% variansie in angsvlakke kan aan die byvoeging van hierdie vier voorspellers toegeskryf word), is dit interessant dat self-afleiding, emosionele ontlading en substansgebruik ook deur Carver et al. (1989) as minder effektiewe streshanteringstrategieë beskryf is. Die bevindings van die huidige studie dui daarop dat sielkundiges wat aktiwiteite beoefen het om hulle te distansieer van die doelwit waarmee die stressor inmeng, wat hulle emosies (waarskynlik op disfunksionele wyses) ontlaai het, of substans gebruik het om die stressor te hanteer, verhoogde angsvlakke ervaar het. Daarenteen het sielkundiges wat die realiteit van die stressor aanvaar het, minder angssimptome ervaar. Met verwysing na laasgenoemde, kan die afleiding gemaak word dat sielkundiges wat 'n stresverwante situasie aanvaar het en dit nie probeer verander het nie, moontlik minder angstig daarvoor gevoel het.



## **2.6 Die tipes stresshanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, wat verband hou met depressie**

Om die rol van die sielkundiges se stresshanteringstrategieë in hul ervaring van depressie te ondersoek, is 'n stapsgewyse meervoudige regressie-analise uitgevoer, waarin die deelnemers se BDI-tellings ten opsigte van hulle tellings op die 14 Brief COPE-skale geregresseer is. Vyf stresshanteringstrategieë het beduidend tot die voorspelling van depressie by die deelnemers bygedra ( $R^2 = 0.464$ ). Die afleiding kan dus gemaak word dat 'n "depressiewe" sielkundige die volgende stresshanteringstrategieë gebruik het: substansgebruik, selfblamering, self-afleiding, ontkenning en 'n gebrek aan instrumentele ondersteuningsoeke. Die eerste drie stresshanteringstrategieë het die grootste invloed op die variansie in depressie by deelnemers uitgeoefen ( $R^2 = 0.437$ ). Die afleiding kan dus gemaak word dat 43.7% van die verhoging in depressiewe simptomatologie by die steekproef sielkundiges deur die gesamentlike gebruik van substansie, self-afleiding en selfblamering voorspel is.

Hierdie resultate stem ooreen met dié van verskeie vorige studies. Die gebruik van alkohol en ander substansie is deur Kilburg, Nathan en Thoreson (aangehaal in Huebner, 1993) as 'n kern-oorsaak van professionele belemmering gerapporteer, terwyl Carver et al. (1989) die gebruik van substansie as 'n minder effektiewe stresshanteringstrategie uitgelig het. Dieselfde geld ook vir aktiwiteite wat beoefen word om die individu se fokus van die doelwit waarmee die stressor inmeng, af te lei (self-afleiding) (Carver et al., 1989). Flynn (1997) het bevind dat depressiewe individue beduidend meer gebruik gemaak het van self-afleiding as nie-depressiewe individue. 'n Positiewe assosiasie tussen depressie en selfblamering is deur Flett et al. (1990), asook deur Haenninen en Aro (1996) gerapporteer. Selfblamering het, in 'n ander studie van moeders wat stresvolle lewensgebeurtenisse hanteer het, positief gekorreleer met verhoogde vlakke van depressie (Bifulco & Brown, 1996). Soos reeds bespreek, is selfblamering in vorige studies deur Bolger (aangehaal in Carver, 1997) en McCrae (aangehaal in Carver, 1997) as 'n voorspeller van swak aanpassing tydens stresvolle situasies bevind. Dit word ondersteun deur die bevindings van verskeie navorsers (Anderson et al., 1994; Gilbert & Miles, 2000; Wu, 1995) wat 'n positiewe assosiasie tussen selfblamering en depressie by studente aangetref het.

Alhoewel die byvoeging van ontkenning en instrumentele ondersteuningsoeke as addisionele voorspellers in die model slegs 'n bykomende 2.7% tot die variansie in depressie bygedra het, bevestig dit die resultate van vorige studies. Ontkenning word tradisioneel as 'n swak stresshanteringstrategie beskou (Monat & Lazarus, 1991). Tyler en Cushway (aangehaal in Cushway & Tyler, 1996) se studie van verpleegkundiges het aangetoon dat vermydingstrategieë wat gepaard gegaan het met ontkenning, 'n negatiewe sielkundige uitwerking tot gevolg gehad het.



Soortgelyke resultate is deur Flynn (1997) gerapporteer, wat 'n beduidende hoër daaglikse gebruik van ontkenning by depressiewe individue aangetoon het. 'n Positiewe verband tussen ontkenning en verhoogde vlakke van depressie by moeders wat ernstige lewensgebeurtenisse moes hanteer, is ook deur Bifulco en Brown (1996) bevind. Vorige navorsingsbevindings stem dus ooreen met die resultate van die huidige studie, waarin die gebruik van ontkenning as stresshanteringstrategie 'n beduidende voorspeller was van verhoogde depressiewe simptomatologie by Suid-Afrikaanse sielkundiges. Verder het die soeke na sosiale ondersteuning om instrumentele redes (byvoorbeeld advies, hulp of inligting) in die huidige studie negatief gekorreleer met die sielkundiges se depressietellings. Sielkundiges wat sosiale ondersteuning in terme van raad, hulp of inligting gesoek het, het dus 'n verlaging in depressie-simptome ervaar. Dit sluit aan by die bevindings van Chi en Chou (2001), wat die belangrikheid van instrumentele ondersteuning ten opsigte van die voorkoming van depressie by bejaardes uitgewys het. Dieselfde omgekeerde verband tussen instrumentele ondersteuning en depressie is ook by vroulike versorgers gevind (MaloneBeach & Zait, 1995).

Die resultate van die huidige studie bevestig die algemene beskouing in die literatuur, naamlik dat probleemgerigte stresshanteringstrategieë 'n meer effektiewe uitwerking het as emosiegerigte stresshanteringstrategieë. Kolenc et al. (1990) het dit onderstreep deur hul bevinding van 'n negatiewe verband tussen depressie en probleemgerigte strategieë (waarvan instrumentele ondersteuningsoeke deel uitmaak), maar 'n positiewe verband tussen depressie en emosiegerigte strategieë (waarvan ontkenning deel uitmaak). Courbasson et al. (2002) het verder bevind dat emosiegerigte stresshanteringstrategieë 'n voorspeller van angs en depressie was, terwyl probleemgerigte stresshanteringstrategieë 'n negatiewe verband met angs en depressie getoon het.

Opsommend kan gesê word dat sielkundiges wat in die huidige studie van die emosiegerigte strategieë van substansgebruik, selfblaming, self-afleiding en ontkenning gebruik gemaak het om werkverwante stres te hanteer, verhoogde depressiewe simptomatologie ervaar het. Sielkundiges wat, daarenteen, instrumentele ondersteuning gesoek het ('n probleemgerigte strategie), het laer gepaardgaande vlakke van depressiewe simptomatologie ervaar. Dit sluit aan by die afleiding van Murtagh en Wollersheim (1997) dat die gebruik van hoofsaaklik probleemgerigte hanteringstrategieë sielkundiges teen 'n disforiese gemoedsinduksie beskerm.

## **2.7 Die verband tussen angs en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges**

Ten einde die verband tussen angs, as 'n manifestasie van stres, en uitbranding by die steekproef Suid-Afrikaanse sielkundiges vas te stel, is afsonderlike lineêre regressie-analises vir die drie



MBI-subskale onderskeidelik uitgevoer.

Resultate het aangetoon dat angsvlakke 'n beduidende voorspeller was van uitbranding ten opsigte van al drie die MBI-subskale. Kliniese en voorligtingsielkundiges in Suid-Afrika se vlakke van uitbranding het dus gestyg namate hulle angsvlakke toegeneem het. Dit stem ooreen met verskeie vorige navorsingsbevindings. Beduidende korrelasies tussen persoonlikheidstrek-angs ("trait anxiety") (T-angs) en emosionele uitputting (Richardsen et al., 1992), asook uitbranding oor die algemeen (Vealey et al., 1992), is reeds in vorige studies verkry. 'n Studie van Israeliese psigiaters het ook 'n positiewe korrelasie tussen situasie-gebonde ang ("state anxiety") (S-angs) en uitbranding aangetoon (Naisberg-Fennig et al., 1991), terwyl beduidende korrelasies tussen beide S- en T-angs en uitbranding by verpleegsters gevind is (Turnipseed, 1998).

Aangesien ang 'n manifestasie van stres is (Derogatis & Coons, 1993; Spielberger et al., 1983; Wheaton, 1996), kan die stelling dus gemaak word dat sielkundiges se ervaring van hoë stres met hoë vlakke van uitbranding gepaard gegaan het. Dit sluit aan by die studies van Konert (1998) en Sirratt (2001), waarin positiewe korrelasies tussen werkverwante stres en die drie komponente van uitbranding aangetoon is. Wertz (2000) het in haar studie van intern-sielkundiges bevind dat werkstres 'n beduidende voorspeller van emosionele uitputting en depersonalisasie was. Collins (2000) het hierby aangesluit, deur werkstres as 'n sterk voorspeller van uitbranding in mensgerigte diensleweringorganisasies, asook verskeie ander professies, uit te wys. Mills en Huebner (1998) het gesuggereer dat stresvolle werksgebeurtenisse individue vatbaar kan maak vir die ervaring van uitbranding, en dat hoë vlakke van uitbranding individue kan predisponeer tot die ervaring van addisionele werkverwante stres. Cherniss (1980) se standpunt dat gevoelens van ang, spanning en uitputting deel uitmaak van die tweede stadium van die uitbrandingsproses, beklemtoon verder die verband tussen ang en uitbranding. Volgens Cherniss (1980) is uitbranding die resultaat van 'n mislukte stresshanteringsproses, wat daarop dui dat stres en uitbranding hand aan hand gaan.

## **2.8 Die verband tussen depressie en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges**

Die verband tussen depressie as 'n manifestasie van stres, en uitbranding by die huidige steekproef Suid-Afrikaanse sielkundiges, is vasgestel deur die uitvoering van afsonderlike lineêre regressie-analises vir die drie MBI-subskale onderskeidelik.

Die resultate ten opsigte van depressie stem ooreen met dié wat vir die deelnemers se angsvlakke verkry is. Die mate van depressie was dus 'n beduidende voorspeller van al drie die komponente van uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges. Resultate van vorige



studies (Costa, 1995; Foreman, 1997; Iacovides et al., 1999; McKnight & Glass, 1995), waarin beduidende korrelasies tussen depressie en uitbranding gevind is, sluit hierby aan. Foreman (1997) het 'n onderskeid getref tussen *self-kritiese* en *afhanklike* depressie. Eersgenoemde tipe depressie word volgens Foreman gevind by individue wat prestasie-georiënteerd is en kwesbaar is vir gevoelens van mislukking, terwyl laasgenoemde tipe depressie te make het met gevoelens van hulpeloosheid, ongeliefdheid en vrees vir verwerping. Foreman (1997) het beduidende korrelasies tussen beide subtypes depressie en uitbranding aangetoon, en beskou uitbranding as 'n vorm van reaktiewe depressie. Die noue verwantskap tussen depressie en uitbranding is ook deur verskeie ander navorsers uitgelig (Brenninkmeyer et al., 2001; Johnson, 2001; Tselebis et al., 2001).

Aangesien depressie, tesame met angs, 'n manifestasie van stres is (Derogatis & Coons, 1993; Wamsley, 1996; Wheaton, 1996), kan die stelling gemaak word dat hoë stresvlakke by kliniese en voorligtingsielkundiges in Suid-Afrika hoë vlakke van uitbranding by hierdie groep voorspel het. Die huidige bevindings bevestig dié van Wamsley (1996), wat 'n soortgelyke studie met die BDI en MBI as meetinstrumente van stresvlakke en uitbranding onderskeidelik uitgevoer het. Haar bevindings het op 'n beduidende positiewe korrelasie tussen stresvlakke en tellings van uitbranding by verpleegsters gedui.

## **2.9 Die tipes streshanteringstrategieë wat deur Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges gebruik word, wat verband hou met uitbranding**

Ten einde vas te stel watter streshanteringstrategieë die risiko van uitbranding by kliniese en voorligtingsielkundiges verminder het, is drie afsonderlike regressie-analises uitgevoer, waarin die drie MBI-subskale van EU, DEP en PB afsonderlik ten opsigte van die onderskeie Brief COPE-skale gregresseer is.

Vier streshanteringstrategieë het beduidend tot die voorspelling van emosionele uitputting by die deelnemers bygedra ( $R^2 = 0.209$ ). Die streshanteringstrategieë wat deur "emosioneel uitgeputte" sielkundiges gebruik is, was: losmakingsgedrag, emosionele ontlading, 'n gebrek aan humor, en aktiewe streshantering. Die eerste drie strategieë het die grootste invloed op die variansie in emosionele uitputting by die deelnemers uitgeoefen ( $R^2 = 0.182$ ). Die afleiding kan dus gemaak word dat 18.2% van die verhoging in vlakke van emosionele uitputting by die steekproef sielkundiges, deur die gesamentlike gebruik van losmakingsgedrag, emosionele ontlading en 'n gebrek aan humor voorspel kan word. Die implikasies hiervan word later in hierdie afdeling bespreek.



Sewe stresshanteringstrategieë het beduidend tot die voorspelling van depersonalisasie by die deelnemers bygedra ( $R^2 = 0.433$ ). Depersonalisasie behels die ontwikkeling van negatiewe, onpersoonlike, afsydige en siniese houdings en gevoelens teenoor pasiënte/kliënte, sodat hulle op 'n dehumaniserende wyse en soos objekte behandel word (Maslach, 1982). Sielkundiges wat depersonalisasie ten opsigte van hulle pasiënte/kliënte ervaar het, het dus van die volgende strategieë gebruik gemaak om hulle stres te hanteer: losmakingsgedrag, 'n gebrek aan positiewe herformulering, emosionele ontlading, 'n gebrek aan die beoefening van geloof, self-afleiding, 'n gebrek aan emosionele ondersteuningsoeke, en die afwesigheid van ontkenning. 'n Kombinasie van die eerste vier strategieë het die grootste invloed op die variansie in depersonalisasie by die deelnemers uitgeoefen ( $R^2 = 0.385$ ). Daar kan derhalwe afgelei word dat 38.5% van die verhoging in vlakke van depersonalisasie by die sielkundiges deur die gesamentlike implementering van losmakingsgedrag, 'n gebrek aan positiewe herformulering, emosionele ontlading en 'n gebrek aan die beoefening van geloof, voorspel kan word. Die implikasies hiervan word later in hierdie afdeling bespreek.

Ten opsigte van verminderde persoonlike bekwaamheid was daar sewe stresshanteringstrategieë wat beduidende voorspellers van sodanige gevoelens was ( $R^2 = 0.308$ ). Sielkundiges wat gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid in hulle beroep ervaar het, het dus die volgende strategieë gebruik om beroepstres te hanteer: 'n gebrek aan positiewe herformulering, self-afleiding, 'n gebrek aan humor, selfblamering, 'n gebrek aan beplanning, instrumentele ondersteuningsoeke, en losmakingsgedrag. Die gesamentlike gebruik van die eerste drie strategieë het die grootste invloed op die variansie in verminderde persoonlike bekwaamheid uitgeoefen ( $R^2 = 0.23$ ). Die afleiding kan gemaak word dat 23% van die vermindering in gevoelens van persoonlike bekwaamheid by sielkundiges aan die gebruik van self-afleiding en 'n gepaardgaande gebrek aan positiewe herformulering en humor toegeskryf kan word.

Die bogenoemde bevindings stem grootliks ooreen met die navorsingsliteratuur, en die gebruik van beide emosie- en probleemgerigte stresshanteringstrategieë word weereens onderskryf. Met verwysing na die huidige studie was losmakingsgedrag ('n emosiegerigte stresshanteringstrategie) 'n beduidende voorspeller van al drie die komponente van uitbranding. Losmakingsgedrag behels die vermindering van pogings om die stressor te hanteer en selfs die prysgee van die doelwite waarmee die stressor inmeng (Carver et al., 1989). Die huidige bevindings stem ooreen met die resultate van Nixon (1995), wat negatiewe verbande tussen losmakingsgedrag en al drie die komponente van uitbranding aangetref het. Die huidige bevindings stem ook ooreen met dié van Anderson (2000), wat negatiewe verbande tussen die stresshanteringstrategie van "losmaking" of "verwydering", en uitbranding verkry het. Alhoewel die losmaking of opsyskuiwing van 'n doelwit soms as 'n aanpassingreaksie beskou word, belemmer dit doeltreffende stresshantering (Brown &



O'Brien, 1998). Die beskouing dat losmakingsgedrag nie 'n goeie strategie is om stres te hanteer nie (Carver et al., 1989), word deur die resultate van die huidige studie ondersteun. Cherniss (1980) se siening dat die uitbrandingsproses voltooi word wanneer mense stres op 'n verdedigende manier hanteer deur hulleself sielkundig van hul werk los te maak en apaties, sinies en rigied op te tree, sluit verder aan by die huidige bevindings ten opsigte van die verband tussen losmakingsgedrag en uitbranding. Volgens Maslach (aangehaal in Storm & Rothmann, 2002) word spesifiek depersonalisasie deur onttrekkingsgedrag gekenmerk, wat op sigself die losmaking van 'n stresvolle situasie impliseer.

Die emosiegerigte stresshanteringstrategieë van emosionele ontlading, self-afleiding en selfblaming was almal beduidende voorspellers van een of twee komponente van uitbranding. Dit stem ooreen met die studies van verskeie navorsers wat negatiewe korrelasies tussen die gebruik van emosiegerigte stresshanteringstrategieë en uitbranding aangetoon het (Sears et al., 2000; Thornton, 1992). Monat en Lazarus (1991) se standpunt, naamlik: "Traditionally, emotion-focused modes of coping ... have been viewed as pathological or maladaptive" (p. 7), word ook hierdeur ondersteun.

Aangesien emosionele ontlading, self-afleiding en selfblaming (benewens losmakingsgedrag) dus in die huidige studie tot uitbranding bygedra het, moet die aard en implikasies van hierdie drie stresshanteringstrategieë van naderby beskou word. Emosionele ontlading behels die ontlading van gevoelens wat met die ervaring van nood of ontsteltenis gepaardgaan (Carver et al., 1989). Alhoewel emosionele ontlading soms funksioneel kan wees (Carver et al., 1989), het die toepassing van emosionele ontlading 'n toename in emosionele uitputting en depersonalisasie by sielkundiges in die huidige studie tot gevolg gehad. Hierdie bevindings dui op 'n negatiewe uitwerking van die gebruik van emosionele ontlading as stresshanteringstrategie. Gesonde en beheerste emosionele ontlading teenoor persone naby aan die sielkundige is funksioneel en konstruktief, maar emosionele ontlading kan ook destruktief, kwetsend en afbrekend wees as dit byvoorbeeld onbeheerste woede-uitbarstings, persoonlike beledigings, frustrasie of aggressie behels. Dit is ook moontlik dat emosionele ontlading die gebruik van aktiewe stresshantering kan belemmer, wat sodoende veroorsaak dat daar niks aan die probleemsituasie gedoen word nie, maar dat die sielkundige bloot sy/haar negatiewe emosies teenoor sy/haar vriende, familie, kollegas en moontlik ook pasiënte/kliënte, ontlaai. Dit kan stremming op die sielkundige se persoonlike en werksverhoudings plaas, wat depersonalisasie tot gevolg kan hê. Aangesien hierdie verhoudings met vriende, kollegas en gesinslede in stand gehou moet word, kan die sielkundige "emosioneel uitgeput" voel, veral as hy/sy voortdurend sterk emosies, soos woede en frustrasie, teenoor hierdie persone ontlaai, wat moontlik nadelig op die verhouding kan inwerk. Die



voortdurende heropbou van verhoudings wat afgebreek is deur emosionele ontlading aan die kant van die sielkundige, kan op sigself 'n emosioneel-uitputtende ervaring wees.

In die huidige studie was self-afleiding 'n beduidende voorspeller van depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid onderskeidelik. Self-afleiding behels die betrokkenheid by 'n verskeidenheid aktiwiteite (soos dagdromery en oormatige slaap) om die individu se aandag van die stressor af te lei (Carver, 1997). Die gebruik van self-afleiding kan moontlik, net soos in die geval van emosionele ontlading, aktiewe streshantering belemmer. Dit kan dan veroorsaak dat geen daadwerklike poging aangewend word om die stressor te verlig nie. Die huidige bevindings het aangetoon dat sielkundiges wat meer van self-afleiding gebruik gemaak het, meer depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid ervaar het. 'n Moontlike verklaring vir hierdie bevindings is soos volg: Die beoefening van ander aktiwiteite in 'n poging om die aandag van die stressor af te lei, kan moontlik die gepaardgaande stres vererger, aangesien die stressor steeds teenwoordig bly. In 'n opsetlike poging om van die stressor te "vergeet" kan daar moontlik juis 'n oorbewustheid van die stressor geskep word, wat die sielkundige se gedagtes besig hou, sodat hy/sy hom-/haarself afsluit van sy/haar pasiënte/kliënte en hulle op 'n gedepersonaliseerde wyse behandel. 'n Sielkundige wat voortdurend ander aktiwiteite beoefen ten einde sy/haar aandag van probleme af te lei, mag moontlik ook minder persoonlik bekwaam voel omdat hy/sy voel dat hy nie effektief genoeg is om die stressor direk aan te spreek nie.

Die huidige bevinding dat selfblamering gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid beduidend voorspel het, sluit aan by die bevinding ten opsigte van self-afleiding. Selfblamering (moontlik weens 'n gebrek aan vordering by pasiënte/kliënte of mislukkingsservarings tydens terapie) lei noodwendig tot 'n afname in selfvertroue en dus tot gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid. Die gebruik van selfblamering behels ook geen daadwerklike poging om die stressor direk aan te spreek nie. Sielkundiges wat in die huidige studie hulself gereeld geblameer het, het waarskynlik hulle eie terapeutiese vaardighede negatief ervaar of gevoel dat hulle nie 'n bevredigende diens aan hulle pasiënte/kliënte kon lewer nie en gevolglik minder gevoelens van persoonlike bekwaamheid gerapporteer.

Die huidige bevindings dat 'n gebrek aan die beoefening van geloof 'n beduidende voorspeller was van depersonalisasie by sielkundiges, is in ooreenstemming met die literatuur. Shaddock, Hill en Van Limbeek (aangehaal in Storm & Rothmann, 2002) het 'n positiewe verband tussen die beoefening van geloof en laer uitbrandingtellings aangetoon. 'n Negatiewe korrelasie tussen geloofsbeoefening en depersonalisasie is in Johnson (2001) en Storm en Rothmann (2002) se studies aangetoon, terwyl Siegel en Schrimshaw (2002) heelwat voordele van die beoefening van



geloof as streshanteringstrategie uitgelig het, naamlik: dit ontlok gerusstellende emosies; dit bied krag, bemagtiging en kontrole; dit bied sosiale en spirituele ondersteuning; en dit fasiliteer 'n gevoel van betekenis en aanvaarding van die stresvolle situasie.

Die gebruik van humor was in die huidige studie 'n beduidende voorspeller van 'n verlaging in emosionele uitputting sowel as 'n toename in gevoelens van persoonlike bekwaamheid (afname in gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid). Dit is in ooreenstemming met bevindings in die literatuur, wat 'n negatiewe korrelasie tussen uitbranding en die gebruik van humor om stres te hanteer, uitgelig het. Verskeie studies het 'n positiewe korrelasie tussen die gebruik van humor as streshanteringstrategie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid, asook 'n negatiewe korrelasie tussen die gebruik van humor en die ervaring van emosionele uitputting en depersonalisasie onderskeidelik, gerapporteer (Bowden, 2000; Mesmer, 2001; Talbot & Lumden, 2000). Kramen-Kahn en Hansen (1998) sowel as Medeiros en Prochaska (1988) het humor verder uitgewys as 'n algemene strategie wat deur psigoterapeute gebruik is om werkverwante stres te hanteer. Franzini (2000) het bevind dat die gebruik van humor in gedragsterapie drie belangrike funksies vervul het, naamlik: (1) om rapport te bewerkstellig, (2) om onlogiese en irrasionele denke uit te wys, en (3) om 'n positiewe emosionele ervaring met die pasiënt/kliënt te deel. Drie voordele van die gebruik van humor in terapie met adolessente is ook deur Major (2000) uitgewys, naamlik: (1) dit help pasiënte/kliënte om hulle probleme in perspektief te stel, (2) dit lei tot verlaagde angsvlakke, en (3) dit verhoog selfrespek. Die gebruik van humor in terapie kan tot die verligting van angsvlakke by beide die pasiënt/kliënt en die terapeut bydra (Ortiz, 2000; Shelly, 1994) en professionele uitbranding in terapeute verhoed (Franzini, 2001). Aangesien daar 'n beduidende verband tussen angste en uitbranding bestaan (Richardsen et al., 1992; Turnipseed, 1998; Vealey et al., 1992), het sielkundiges wat in die huidige studie humor gebruik het om stresvolle werksituasies (soos byvoorbeeld 'n "moeilike", weerstandbiedende pasiënt/kliënt) te hanteer, waarskynlik minder angste en gevolglike uitbranding ervaar as hulle kollegas wat nie van humor gebruik gemaak het nie. Poland (aangehaal in Franzini, 2001) het gesuggereer dat terapeutiese humor die terapeut met die pasiënt/kliënt laat identifiseer, wat vyandigheid aan die kant van die pasiënt/kliënt, deur middel van humor, kan verlig. Humor kan dus bydra tot 'n verbetering in die interaksie tussen die sielkundige en die pasiënt/kliënt, wat op sigself 'n stresverliggende uitwerking (en dus 'n afname in uitbranding) op eersgenoemde sal hê. Dit is ook waarskynlik dat die emosionele welsyn van die pasiënt/kliënt 'n direkte of indirekte invloed op die sielkundige welsyn van die terapeut (veral in terme van gevoelens van persoonlike bekwaamheid) kan hê, en aangesien humor voordelig is vir die pasiënt/kliënt, sal dit waarskynlik ook voordelig wees vir die sielkundige.

Die huidige bevinding dat emosionele ondersteuningsoeke 'n beduidende voorspeller van lae vlakke van depersonalisasie was, ondersteun ook die navorsingsliteratuur. Daar bestaan relatiewe



konsensus in die literatuur rakende die korrelasie tussen gebrekkige sosiale ondersteuning en uitbranding. Greenglass et al. (1996) het aangetoon dat emosionele ondersteuning van kollegas, familie en vriende 'n bufferende effek teen depersonalisasie by onderwysers gehad het. Dieselfde resultate ten opsigte van al drie die komponente van uitbranding is ook deur Cianfrini (1997) in haar studie van beraders verkry. Nelson (2000) het bevind dat suksesvolle kliniese sielkunde-studente hoër vlakke van sosiale ondersteuning van hulle familie, vriende en portuurgroep, sowel as meer emosionele ondersteuningsoeke, gerapporteer het. Smith (1998) het verder in haar studie van Suid-Afrikaanse sielkundiges gemeld dat die meeste respondente wat aan die uitbrandingsindroom gely het, gebrekkige sosiale ondersteuning ervaar het. Die warmte en sekuriteit wat met die emosionele ondersteuning van betekenisvolle ander persone in die sielkundige se lewe gepaardgaan, sal moontlik die sielkundige in staat stel om meer in voeling met mense te wees en 'n sensitiwiteit teenoor hulle te openbaar, wat die risiko van depersonalisasie teenoor pasiënte/kliënte sal verlaag. Volgens Thrief en Carnrike (aangehaal in Böhmer & Spangenberg, 2001) en Godding et al. (aangehaal in Böhmer & Spangenberg, 2001) dien sosiale ondersteuning as 'n bydraende faktor tot positiewe aanpassing en persoonlike ontwikkeling. Daar bestaan 'n beduidende verband tussen sosiale ondersteuning en fisiese (Ogden, 1996) en sielkundige welsyn (Hotz, 2001). Sosiale ondersteuning behels die wete dat 'n mens gewaardeer, liefgehe en versorg word (Cobb, aangehaal in Taylor, 1995), wat verlaagde vlakke van stres in mense tot gevolg kan hê (Taylor, 1995). Sosiale ondersteuning wat die individu help om 'n stresvolle situasie beter te verstaan en inligting rakende beskikbare bronne en streshanteringstrategieë aan die individu oordra, kan voordelig wees ten opsigte van die opwekking van die stresvolle aspekte van die situasie (Taylor, 1995). Aangesien stres 'n beduidende voorspeller is van uitbranding (Collins, 2000; Konert, 1998; Sirratt, 2001) en sosiale ondersteuning stres verlig (Taylor, 1995), is dit waarskynlik dat sosiale ondersteuning ook 'n bufferende effek teen uitbranding tot gevolg sal hê.

Volgens die huidige bevindings was daar 'n negatiewe verband tussen ontkenning en depersonalisasie. Ontkenning het dus gepaardgegaan met 'n verlaging in depersonalisasie, en gevolglik 'n laer risiko van uitbranding. Ontkenning behels 'n weiering om te aanvaar dat die stressor bestaan of optrede asof die stressor nie bestaan nie (Carver et al., 1989). Die huidige bevinding dat ontkenning 'n verlaging in depersonalisasie voorspel het, is teenstrydig met die literatuur, wat ontkenning tradisioneel as 'n swak streshanteringstrategie uitlig (Monat & Lazarus, 1991). Cohen (aangehaal in Monat & Lazarus, 1991) het egter die bruikbaarheid van ontkenning op 'n korttermynbasis beklemtoon - veral waar die persoon andersins deur die onaangename realiteit oorweldig sal word. Een moontlike interpretasie van hierdie bevinding in die huidige studie is dat, wanneer 'n sielkundige in die spreekkamer by sy/haar pasiënt/kliënt betrokke is, die tydelike ontkenning van stres 'n positiewe uitwerking ten opsigte van die hantering van die pasiënt/kliënt



kan hê. Aangesien depersonalisasie te make het met 'n afgestompte optrede teenoor die pasiënt/kliënt, sal dit voordelig kan wees as die sielkundige sy/haar eie stres tydelik (gedurende sessies) opsyskuif (en dus ontken), om sodoende volle aandag aan die pasiënt/kliënt te gee.

Alhoewel nie onder die eerste drie nie, was aktiewe streshantering een van die beduidende voorspellers van emosionele uitputting by die steekproef sielkundiges in die huidige studie. Aktiewe streshantering is die proses van die neem van aktiewe stappe om die stressor te verwyder of die uitwerkings van die stressor te versag. Dit behels onder meer direkte aksie (Carver et al., 1989). Die huidige bevinding dat aktiewe streshantering emosionele uitputting by sielkundiges beduidend voorspel het, is teenstrydig met die literatuur (Anderson, 2000; Cushway & Tyler, 1996), en veral ten opsigte van die positiewe beskouing van probleemgerigte streshanteringstrategieë, soos reeds bespreek is. 'n Moontlike verklaring vir hierdie bevinding is dat aktiewe metodes ooreising kan impliseer, wat weer tot emosionele uitputting aanleiding kan gee. 'n Individu wat voortdurend aktief is, kan ook uitgeput raak, wat uitbranding in terme van emosionele uitputting kan veroorsaak. Afleidings in hierdie verband is egter bloot bespiegelings. Daar moet ook in gedagte gehou word dat aktiewe streshantering slegs 'n addisionele 2.7% tot die variansie in emosionele uitputting in die algehele regressiemodel bygedra het. Dit is nie 'n noemenswaardige bydrae in vergelyking met die ander, reeds bespreekte, streshanteringstrategieë wat emosionele uitputting beduidend voorspel het nie.

In die huidige studie was die probleemgerigte streshanteringstrategie van positiewe herformulering, oftewel die verklaring van 'n stresvolle transaksie op 'n positiewe manier (Carver et al., 1989) 'n beduidende negatiewe voorspeller van depersonalisasie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid. Kliniese en voorligtingsielkundiges wat positiewe herformulering gebruik het om werkverwante stres te hanteer, het dus beduidend minder uitbranding in terme van depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid ervaar. Dit sluit gedeeltelik aan by die bevindings van twee studies (Basson & Rothmann, 2002; Storm & Rothmann, 2002), waarin 'n hoogs beduidende positiewe korrelasie tussen positiewe herformulering en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid by Suid-Afrikaanse aptekers aangetref is. 'n Moontlike verklaring vir die huidige bevindings is dat die beklemtoning van die positiewe aspekte van 'n stressor moontlik die gesonde strategie van aktiewe streshantering kan fasiliteer, wat minder uitbranding tot gevolg kan hê. 'n Positiewe herformulering ten opsigte van die stressor kan moontlik ook uitbrei na 'n positiewe herbeskouing van die pasiënt/kliënt self, wat 'n afname in depersonalisasie tot gevolg kan hê. Die sielkundige sal dan waarskynlik meer gevoelens van persoonlike bekwaamheid ervaar, aangesien hy/sy deur positiewe herformulering die gevoel kan hê dat hy/sy die stressor effektief kan hanteer en beheer. Positiewe herformulering is ook 'n bekende tegniek in wat in kognitiewe gedragsterapie toegepas word. In die huidige studie



(sien Afdeling 2.10.6) is ook bevind dat sielkundiges wat hoofsaaklik 'n KGT/PGT-kombinasie in die praktyk toegepas het, beduidend minder uitbranding in terme van emosionele uitputting ervaar het as diegene wat hoofsaaklik 'n psigodinamiese benadering gevolg het. Aangesien emosionele uitputting tot die ontwikkeling van depersonalisasie lei (Leiter & Maslach, 1988), onderstreep dit weereens die verband tussen positiewe herformulering en depersonalisasie.

Beplanning (ook 'n probleemgerigte strategie) was slegs 'n beduidende voorspeller van persoonlike bekwaamheid. Dit stem ooreen met die bevindings van twee Suid-Afrikaanse studies onder senior bestuurders van 'n vervaardigingsindustrie (Jansen van Vuuren & Rothmann, 2002) en aptekers (Storm & Rothmann, 2002) onderskeidelik, waarin 'n beduidende positiewe korrelasie tussen beplanning en gevoelens van persoonlike bekwaamheid aangetref is. Die afleiding wat ten opsigte van die huidige studie gemaak kan word, is dat sielkundiges wat vooraf beplan het en dus gedink het oor die wyse waarop die stressor hanteer moet word, meer gevoelens van persoonlike bekwaamheid ervaar het. 'n Moontlike verklaring vir hierdie bevinding is dat sielkundiges wat vooraf beplan, waarskynlik meer sukses met psigoterapie behaal en beter uitkomst verkry, wat gevoelens van persoonlike bekwaamheid kan verhoog.

Die twee stresshanteringstrategieë van positiewe herformulering en beplanning het dus 'n bufferende effek teen uitbranding gehad. Dit stem grootliks ooreen met die bevindings van Nixon (1995), wat 'n negatiewe korrelasie tussen beplanning en emosionele uitputting, en 'n sterk positiewe korrelasie tussen beplanning en gevoelens van persoonlike bekwaamheid in sy studie van verpleegsters gerapporteer het. Nixon het ook 'n sterk positiewe korrelasie tussen positiewe herformulering en die persepsie van persoonlike bekwaamheid verkry. Dit sluit aan by die studies van Konert (1998) en Sears et al. (2000), waarin probleemgerigte stresshanteringstrategieë negatief gekorreleer het met emosionele uitputting en depersonalisasie, en positief gekorreleer het met gevoelens van persoonlike bekwaamheid.

'n Onverwagte bevinding was dat instrumentele ondersteuningsoeke 'n beduidende voorspeller van gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid by sielkundiges in die huidige steekproef was. Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges wat instrumentele ondersteuning gesoek het, het dus minder persoonlike bekwaamheid ervaar. Die byvoeging van instrumentele ondersteuningsoeke (bo en behalwe positiewe herformulering, self-afleiding, humor, selfblaming en beplanning) tot die regressiemodel het egter slegs 'n addisionele 1.5% ( $R^2$ -verandering = 0.015) tot die vermindering in gevoelens van persoonlike bekwaamheid bygedra. Alhoewel dit 'n klein bydrae is, moet daarop gelet word dat dit nie ooreenstem met vorige navorsingsresultate nie (Konert, 1998; Nixon, 1995; Sears et al., 2000). Verminderde persoonlike bekwaamheid het te make met gevoelens van onbevoegdheid en 'n gebrek aan sukses ten opsigte



van pasiënte-/kliëntewerk (Brown & O'Brien, 1998). In die lig hiervan kan die bogenoemde bevindings moontlik soos volg verklaar word: Sielkundiges wat onbekwaam voel, sal moontlik kennis en inligting wil inwin (instrumentele ondersteuning wil soek), ten einde meer kundig en bevoeg te voel. Die soeke na ondersteuning om instrumentele redes kan derhalwe as 'n aanduiding van gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid beskou word. Dit is ook moontlik dat sielkundiges wat voortdurend inligting en kennis van buite inwin en op hierdie tipe ondersteuning staatmaak, dit juis doen omdat hulle 'n gevoel van onbekwaamheid en ontoereikendheid ervaar.

Opsommend kan gesê word dat losmakingsgedrag 'n beduidende positiewe voorspeller was van al drie die komponente van uitbranding. Emosionele ontlading was 'n beduidende positiewe voorspeller van emosionele uitputting en depersonalisasie, terwyl 'n gebrek aan humor emosionele uitputting en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid beduidend positief voorspel het. Self-afleiding en 'n gebrek aan positiewe herformulering was beduidende positiewe voorspellers van depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid. Die stresshanteringstrategieë van selfblaming, 'n gebrek aan beplanning en instrumentele ondersteuningsoeke was beduidende positiewe voorspellers ten opsigte van gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid, terwyl die beoefening van geloof, emosionele ondersteuningsoeke en ontkenning depersonalisasie beduidend negatief voorspel het. Aktiewe stresshantering was 'n beduidende positiewe voorspeller van emosionele uitputting. Die belangrikheid van die gebruik van beide probleemgerigte en emosiegerigte strategieë om werkverwante stres te hanteer, word weereens hierdeur beklemtoon. Dit ondersteun die standpunt in die literatuur dat die meeste mense van probleem- sowel as emosiegerigte vorme van stresshantering gebruik maak (Folkman & Lazarus, 1991) en dat mense gewoonlik - tydens enige stresvolle situasie - 'n verskeidenheid stresshanteringstrategieë implementeer (Lazarus, 1999).

## **2.10 Die invloed van biografiese veranderlikes op uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges**

### **2.10.1 Ouderdom**

Lineêre regressie-analises vir die afsonderlike MBI-subskale het aangetoon dat ouderdom 'n beduidende voorspeller was van uitbranding in terme van emosionele uitputting en depersonalisasie, maar nie van verminderde persoonlike bekwaamheid nie. Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges het dus laer vlakke van uitbranding ervaar namate hulle ouderdom toegeneem het. Hierdie bevindings is in konsensus met verskeie vorige studies (Ackerley et al., 1988; Czerniakowski, 1996; Dunn, 2000; Metz, 1987; Smith 1998; Van der Ploeg



et al., 1990; Van Morkhoven, 1998; Vredenburg et al., 1999), waarin negatiewe korrelasies tussen ouderdom en emosionele uitputting, asook depersonalisasie, by verskillende navorsingspopulasies aangetoon is. Dit is egter teenstrydig met die studie van Raquepaw en Miller (1989), waarin geen beduidende verband tussen ouderdom en uitbranding by psigoterapeute gevind kon word nie.

Moontlike verklarings vir die afname in uitbranding met toename in ouderdom is deur Maslach (1982) uiteengesit. Jonger en minder ervare individue mag moontlik meer vatbaar wees vir uitbranding vanweë die feit dat hulle nog effektiewe maniere om werkseise te hanteer, moet aanleer. Maslach het verder afgelei dat mense dikwels reeds aan die begin van hulle loopbane gevoelens van uitbranding begin ervaar. Diegene wat dit moeilik vind om uitbranding op hierdie tydstip, wanneer hulle nog jonk en onervare is, te hanteer, sal dan geneig wees om die professie te verlaat. Individue wat die aanvanklike bedreigings ten opsigte van uitbranding kon weerstaan, bly in die professie. Ouer mense is dus die "oorlewendes", wat nie uitgebrand het nie, of daarin geslaag het om die bedreigings wat vroeg in hulle loopbane na vore gekom het, te oorwin en te "oorleef". Vandaar die negatiewe korrelasie tussen ouderdom en uitbranding. Metz (1987) het verder gemeld dat ouer sielkundiges moontlik meer ontspanne en verdraagsaam is, terwyl hulle jonger kollegas nog entoesiasies is en baie energie in die beroep belê, wat hulle gevolglik meer angstig en vatbaar vir uitbranding maak.

### **2.10.2 Geslag**

Uit die t-toetse ten opsigte van die drie afsonderlike MBI-subskale het dit geblyk dat manlike sielkundiges beduidend meer emosionele uitputting en depersonalisasie as vroulike sielkundiges ervaar het. Geen verskil is ten opsigte van verminderde persoonlike bekwaamheid bevind nie. 'n Moontlike verklaring vir die bevinding ten opsigte van depersonalisasie is soos volg: Mans word tradisioneel as minder emosioneel warm en betrokke as vroue beskou (Bee, 1996). Dit sluit aan by die afgestomptheid en sinisme wat met depersonalisasie gepaardgaan. In 'n studie deur Broverman, Vogel, Broverman, Clarkson en Rosenkrantz (aangehaal in Gerdes, Moore, Ochse, & van Ede, 1988), waarin 'n groep kollege-studente gevra is om tipiese manlike en vroulike gedrag te beskryf, is vroue beoordeel as "sagter" en "meer bewus van die gevoelens van ander". Hulle is dus hoër aangeslaan op die stel trekke wat verband hou met "warmte en ekspressiwiteit" (Gerdes et al., 1988). Dit bied 'n moontlike verklaring waarom vroulike sielkundiges in die huidige studie beduidend minder depersonalisasie as hulle manlike kollegas ervaar het. Vroulike sielkundiges was waarskynlik meer in kontak met die gevoelens van ander, wat tot laer vlakke van depersonalisasie gelei het.



Die hoër vlakke van emosionele uitputting wat by mans gevind is, is teenstrydig met vorige navorsingsresultate (Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981b). Met verwysing na laasgenoemde, moet daar egter in gedagte gehou word dat die verskil tussen mans en vroue ten opsigte van emosionele uitputting aan nie-beduidendheid gegrens het ( $p = 0.049$ ). Hierdie verskil was dus slegs beduidend op die 5%-peil, en nie op die 1%-peil nie. Dis is moontlik dat 'n Tipe I-fout hier kon ontstaan het, wat beteken dat 'n beduidende verskil toevallig gevind is. Aangesien daar tradisioneel van die man verwag word om die hoofbroodwinner van die gesin te wees, is dit ook moontlik dat manlike sielkundiges in die huidige studie harder gewerk het as hulle vroulike kollegas en hulle meer blootgestel het aan die emosionele eise van hulle pasiënte/kliënte, wat tot meer emosionele uitputting aanleiding gegee het. Die beskouing dat mans minder bewus is van die gevoelens van ander as vroue (Broverman et al., aangehaal in Gerdes et al., 1988), kon moontlik ook in die huidige studie gerealiseer het, in dié opsig dat manlike sielkundiges meer emosioneel uitgeput gevoel het omdat hulle emosionele interaksies nie so geredelik kon hanteer nie en gouer emosioneel gedreineer gevoel het as hul vroulike kollegas.

Alhoewel die bevinding van 'n beduidende verskil tussen mans en vroue ten opsigte van depersonalisasie ooreenstem met sekere vorige studies (Kaden, 1999; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981b; Vredenburg et al., 1999), is dit teenstrydig met die resultate van ander studies (Ackerley et al., 1988; Elman & Dowd, 1997; Metz, 1987; Pradhan & Misra, 1996; Raquepaw & Miller, 1989; Smith, 1998), waarin geen verskil tussen die twee geslagte ten opsigte van enige van die drie komponente van uitbranding aangetoon is nie. Gegewe die dubbelsinnigheid van die bestaande navorsingsbevindings in hierdie verband, is verdere navorsing rakende verskille tussen manlike en vroulike sielkundiges ten opsigte van uitbranding derhalwe nodig.

### **2.10.3 Werkzaamheid in die publieke sektor, opleidingsinstansie of privaatpraktyk**

Geeneen van die deelnemers het aangedui dat hulle hoofsaaklik werkzaam is in die publieke sektor, soos byvoorbeeld staatshospitale of publieke diensleweringinstansies nie. Gevolglik kon slegs die verskil tussen sielkundiges wat hoofsaaklik by opleidingsinstansies (soos 'n universiteit, tegnicon of skool) en in privaatpraktyk werkzaam was, ondersoek word. Die t-toetse vir verskille tussen twee onafhanklike groepe het geen beduidende resultate ten opsigte van enige van die drie MBI-subskale, opgelewer nie. Die t-toetse vir emosionele uitputting en depersonalisasie het egter gegrens aan beduidendheid ( $p = 0.056$  en  $p = 0.051$  onderskeidelik). Die waarskynlikheid vir die ontstaan van 'n Tipe II-fout, wat impliseer dat onbeduidende verskille toevallig gevind is, is dus nie uitgesluit nie. Op grond hiervan sou daar afgelei kon word dat sielkundiges se betrokkenheid in die privaatpraktyk moontlik meer emosionele uitputting en depersonalisasie tot gevolg gehad het as werkzaamheid by opleidingsinstansies. 'n Moontlike verklaring hiervoor is dat sielkundiges wat by



opleidingsinstansies, soos universiteite, tegnikons en skole werkzaam is, nie soveel met pasiënte/kliënte werk, soos diegene wat in privaatpraktyk is nie. Doseerwerk en navorsing maak 'n groot gedeelte uit van die posbeskrywing van sielkundiges by opleidingsinstansies, en dié wat psigoterapie doen, doen dit op 'n deelydse basis. Gevolglik word hulle nie in so 'n groot mate blootgestel aan die dreinerende asimmetriese verhouding waarin die sielkundige die gewer en die pasiënte/kliënt die ontvanger is nie. Volgens Schaufeli et al. (1993) is dit die hooforsaak van uitbranding in die hulpverlenende professies.

Die bogenoemde afleidings is egter slegs bespiegelings, aangesien geen statisties beduidende verskille tussen werkzaamheid by opleidingsinstansies of in privaatpraktyk vir die huidige steekproef kliniese en voorligtingsielkundiges gevind is nie. Aangesien geeneen van die deelnemers aangedui het dat hulle in die publieke sektor werkzaam is nie, kon geen statistiese ontledings ten opsigte van laasgenoemde gemaak word nie. Daar word egter deurgaans in die literatuur gerapporteer dat uitbranding by sielkundiges wat werkzaam is in die publieke sektor, hoër is as in die privaatpraktyk (Ackerley et al., 1988; Aragones, 2001; Raquepaw & Miller, 1989; Van Morkhoven, 1998; Vredenburg et al., 1999). Dit is moontlik dat sielkundiges wat in die publieke sektor werkzaam is, nie internetfasiliteite tot hulle beskikking gehad het nie, of te "uitgebrand" was om op die versoek om aan die huidige studie deel te neem, te reageer. Verdere navorsing wat spesifiek fokus op sielkundiges in die publieke sektor, waarvan die resultate met die resultate van die huidige studie vergelyk kan word, word dus aanbeveel.

#### **2.10.4 Aantal pasiënte/kliënte-ure per week**

Die resultate van die lineêre regressie-analises vir die afsonderlike MBI-subskale het aangedui dat die aantal ure wat per week aan psigoterapeutiese werk met pasiënte/kliënte bestee is, 'n beduidende positiewe voorspeller was van emosionele uitputting, depersonalisasie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid by die huidige steekproef sielkundiges. Hierdie bevindings bied gedeeltelike steun vir vorige studies. Wertz (2000) het 'n beduidende positiewe korrelasie tussen die aantal ure wat daar aan pasiënte/kliënte-assessering bestee is en beide emosionele uitputting en depersonalisasie by intern-sielkundiges gerapporteer. Soortgelyke resultate is vir informele versorgers van kankerpatiënte verkry (Bradley, 2000). Ander navorsers het slegs beduidende verbande ten opsigte van die Emosionele Uitputting-subskaal van die MBI verkry. Persing (2000) het 'n positiewe verband tussen die aantal pasiënte/kliënte-ure of konsultasietyd en emosionele uitputting by praktiserende sielkundiges aangetoon, terwyl Kaden (1999) aangedui het dat die totale ure wat per week aan professionele aktiwiteite bestee is, 'n beduidende voorspeller was van emosionele uitputting by sielkundiges op die doktorale vlak.



Die bevinding van die huidige studie dat die aantal pasiënte/kliënte-ure per week 'n beduidende positiewe voorspeller was van gevoelens van persoonlike bekwaamheid (en dus 'n afname in uitbranding), stem nie ooreen met die huidige bevindings dat die aantal pasiënte/kliënte-ure per week 'n beduidende voorspeller was van 'n toename in emosionele uitputting en depersonalisasie (en dus 'n toename in uitbranding) nie. 'n Toename in die aantal pasiënte/kliënte-ure per week, met 'n gepaardgaande toename in gevoelens van persoonlike bekwaamheid, sluit egter aan by die bevindings van verskeie vorige navorsers (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg et al., 1999), wat 'n beduidende positiewe korrelasie tussen gevallelading en 'n toename in gevoelens van persoonlike bekwaamheid bevind het. Die verklaring wat Vredenburg et al. (1999) hiervoor gebied het, is dat sielkundiges die persepsie mag hê dat hulle meer geleentheid het om andere te help en in privaatpraktyk 'n hoër inkomste kan verdien wanneer die pasiënte-/kliëntelading toeneem. Dit kan gevoelens van persoonlike bekwaamheid verhoog.

Die bogenoemde bevindings bied verskeie implikasies ten opsigte van die Suid-Afrikaanse konteks. Vanweë die tekort aan sielkundiges in die groeiende Suid-Afrikaanse populasie (in 2001 was daar slegs 2674 geregistreerde kliniese en voorligtingsielkundiges in Suid-Afrika), kan daar aanvaar word dat die gemiddelde kliniese en voorligtingsielkundige 'n hoë pasiënte-/kliëntelading sal hê en gevolglik 'n groot aantal ure per week aan psigoterapeutiese werk met pasiënte/kliënte sal bestee. Hierdie toename in kontak met pasiënte/kliënte sal gevolglik ook 'n toename in uitbranding (veral in terme van emosionele uitputting en depersonalisasie) tot gevolg kan hê, aangesien uitbranding hoofsaaklik ontstaan as gevolg van die intense betrokkenheid by pasiënte/kliënte (Koeske et al., 1993). Konsensieuse sielkundiges mag egter 'n hoë pasiënte-/kliëntelading verkies, wat gevoelens van persoonlike bekwaamheid kan verhoog (soos in die huidige studie bevind is). Die wete dat hy/sy baie pasiënte/kliënte het en dus hoog in aanvraag is as sielkundige, dra uiteraard ook by tot gevoelens van persoonlike bekwaamheid.

#### **2.10.5 Aantal jare in praktyk**

Vanuit die resultate vir die lineêre regressie-analises met die afsonderlike MBI-subskale het dit geblyk dat sielkundiges se aantal jare in praktyk 'n beduidende voorspeller was van emosionele uitputting, maar nie van depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid nie. Slegs drie vorige studies waarin die korrelasie tussen aantal diensjare en uitbranding bestudeer is, kon opgespoor word. Naisberg-Fennig et al. (1991) het 'n negatiewe (maar nie beduidende) korrelasie tussen die aantal diensjare en uitbranding by Israeliese staatspsigiaters gevind. 'n Ander studie het aangetoon dat onderwysers met meer onderwyservaring minder geneig was om uit te brand as hulle kollegas met minder onderwyservaring (Farwell, 1999). In Suid-Afrika het Smith (1998) se studie van sielkundiges aangetoon dat beroepservaring met lae vlakke van uitbranding gepaard



gegaan het. Die resultate van die huidige studie sluit hierby aan. Die bevindings dui daarop dat 'n groter aantal jare in praktyk gepaard gegaan het met die ervaring van minder emosionele uitputting by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges. Dit is verstaanbaar, aangesien sielkundiges wat reeds lank praktiseer waarskynlik meer ervaring, insig en geduld ten opsigte van die beroep, hulleself en hul pasiënte/kliënte sal openbaar. Aantal diensjare gaan uiteraard gewoonlik ook met 'n hoër ouderdom gepaard, en in dié opsig sluit die huidige bevinding aan by die reeds bespreekte huidige bevinding dat emosionele uitputting en depersonalisasie afneem met 'n toename in ouderdom.

### **2.10.6 Terapeutiese modaliteit**

Dit het uit eenrigting-variëansieontleding en daaropvolgende Tukey-toetse geblyk dat deelnemers wat grotendeels 'n psigodinamiese terapeutiese benadering toegepas het, beduidend meer emosionele uitputting ervaar het as diegene wat grotendeels 'n kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en persoonsgesentreerde terapie (KGT/PGT-kombinasie) gebruik het. Verder het sielkundiges wat grotendeels 'n sisteembenadering in die praktyk gevolg het, beduidend laer gevoelens van persoonlike bekwaamheid ervaar as diegene wat hoofsaaklik narratiewe terapie op hulle pasiënte/kliënte toegepas het.

Geen grondige afleidings aangaande hierdie bevindings kan gemaak word nie, aangesien die aantal deelnemers per subgroep relatief klein was ( $n = 25$  vir 'n psigodinamiese benadering,  $n = 13$  vir 'n KGT/PGT-kombinasie sowel as narratiewe terapie, en  $n = 9$  vir 'n sisteembenadering). Die resultate van die huidige ondersoek, met verwysing na die hoër vlakke van emosionele uitputting by sielkundiges wat hoofsaaklik 'n psigodinamiese benadering gevolg het as by dié wat hoofsaaklik 'n KGT/PGT-kombinasie gebruik het, sluit egter gedeeltelik aan by die bevindings van 'n vorige studie. Aragonés (2001) het die minste uitbranding by sielkundiges wat hoofsaaklik kognitiewe gedragsterapie toegepas het, en die meeste uitbranding by sielkundiges wat hoofsaaklik vanuit 'n humanisties-eksistensiële perspektief gewerk het, gerapporteer. Daar moet in gedagte gehou word dat 'n psigodinamiese terapeutiese modaliteit in-diepte psigoterapie behels, wat waarskynlik vir die sielkundige wat dit toepas meer emosioneel uitputtend is as 'n KGT/PGT-kombinasie. 'n Verdere tentatiewe afleiding is dat narratiewe terapeute sterker gevoelens van persoonlike bekwaamheid ervaar het omdat hulle van 'n gestruktureerde terapeutiese model gebruik maak, wat hulle meer selfvertroue tydens terapie gee.

Bogenoemde afleidings is egter bloot spekulatief van aard, aangesien die enkele ander studies wat in hierdie verband gedoen is (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989), geen verband tussen terapeutiese modaliteit en uitbranding by sielkundiges kon aantoon nie. Gegewe die



teenstrydige bevindings en gebrek aan voldoende navorsingsliteratuur vir vergelyking, is verdere navorsing met groter steekproewe nodig om die verband tussen terapeutiese oriëntasie en uitbranding by sielkundiges meer volledig te ondersoek.

### 2.10.7 Huwelikstatus

Uit eenrigting-variëansieontledings (ANOVA's) het dit geblyk dat daar geen verskille ten opsigte van enige van die drie MBI-subskaaftellings was tussen deelnemers wat getroud, geskei of nooit getroud was nie. Hierdie bevindings ondersteun verskeie vorige studies (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg et al., 1999), maar weerspreek ander studies (Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981b). Maslach en Jackson (1981b) het bevind dat ongetroude en geskeide individue hoër tellings op die Emosionele Uitputting-subskaal van die MBI behaal het teenoor diegene wat getroud of in verhoudings was. Maslach (1982) het gekonstateer dat enkellopende geestesgesondheidswerkers die meeste uitbranding ervaar het, terwyl getroudes die minste uitbranding ervaar het. Volgens Maslach val geskeide geestesgesondheidswerkers gewoonlik tussen hierdie twee groepe; hulle is nader aan die enkellopendes in terme van hoër emosionele uitputting, maar nader aan die getroudes, in terme van laer depersonalisasie en sterker gevoelens van persoonlike bekwaamheid.

Daar sou verwag word dat deelnemers wat geskei of nooit getroud was nie, meer uitbranding sou ervaar as hulle getroude eweknieë, vanweë die oënskynlike gebrek aan die ondersteuning van 'n maat. Sielkundiges wat geskei of nooit getroud was nie, sal by implikasie ook meer betrokke wees by hulle beroep en gevolglik aan die ervaring van meer werkstres en uitbranding blootgestel wees. Die feit dat daar in die huidige studie geen verskille tussen die subgroepe onder bespreking bevind is nie, kan verklaar word op grond van die moontlikheid dat diegene wat geskei of nooit getroud was nie, waarskynlik in verhoudings was of genoegsame sosiale ondersteuning en betrokkenheid by ander ontspanningsaktiwiteite ondervind het. Met die inagneming van die groeiende egskeidingsyfer in Suid-Afrika kan die instandhouding van 'n huwelik op sigself genoegsame stres by die beroepsgeoriënteerde sielkundige teweegbring, wat hoër vlakke van uitbranding kan veroorsaak en die moontlike hoër vlakke van uitbranding by dié wat geskei of nooit getroud was nie, kan ewenaar. Gegewe die teenstrydigheid van die bogenoemde bevindings, bly die verwantskap tussen huwelikstatus en uitbranding by sielkundiges steeds onduidelik. Toekomstige navorsing sou die insluiting van die respons-opsie van "betrokke in 'n betenisvolle intieme verhouding" in die huwelikstatus-afdeling van die biografiese vraelys kon oorweeg.



### 2.10.8 Probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse

Lineêre regressie-analises vir die afsonderlike MBI-subskale het aangetoon dat die ervaring van probleme met die vereffening van rekeninge deur mediese fondse 'n beduidende voorspeller was van emosionele uitputting, depersonalisasie en gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid. Die ervaring van probleme met mediese fondsuitbetalings is dus geassosieer met hoë vlakke van uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges. Hierdie bevinding sluit aan by die studie van Smith (1998), waarin gerapporteer is dat Suid-Afrikaanse sielkundiges vanuit die hoë uitbrandinggroep oorwegend ontevrede was met hul finansiële vergoedingspakket, terwyl dié vanuit die lae uitbrandinggroep meestal tevrede was met hul vergoedingspakket.

Geen vorige studies waarin die verband tussen uitbranding en ontevredenheid met mediese fondsuitbetalings by sielkundiges ondersoek is, kon opgespoor word nie. In die lig hiervan, kan geen grondige vergelykings met internasionale studies getref word nie. Dit is egter verstaanbaar dat sielkundiges wat nie deur mediese fondse vergoed word nie, 'n moontlike verlies aan inkomste sal ly en gevolglike finansiële stres sal ervaar. Aangesien stresvolle werksgebeurtenisse individue vatbaar kan maak vir die ervaring van uitbranding (Mills & Huebner, 1998), is dit hoogs waarskynlik dat finansiële stres tot uitbranding by die huidige steekproef Suid-Afrikaanse sielkundiges kon gelei het. Dit is ook moontlik dat die twyfelagtige situasie rondom mediese fondse in Suid-Afrika, met min mediese fondse wat ruim voorsiening maak vir die uitbetaling van psigoterapeutiese diensfooie, 'n hoë mate van stres en gevolglike uitbranding by sielkundiges kon veroorsaak het. Aangesien die meeste Suid-Afrikaanse mediese fondse wat psigoterapeutiese dienste dek, slegs voorsiening maak vir 'n beperkte aantal sessies, plaas dit sielkundiges onder groot druk om 'n groot hoeveelheid werk in 'n klein aantal sessies met 'n pasiënt/kliënt te verrig. Aangesien psigoterapie dikwels 'n langtermynproses is, kan die mate van sukses wat met 'n beperkte aan terapeutiese sessies bereik word, soms ernstig belemmer word, wat dan veral tot gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid by sielkundiges kan lei. Sommige toegewyde en konsensieuse sielkundiges lewer soms selfs gratis psigoterapeutiese dienste, in 'n poging om effektiewe hulp aan die pasiënt/kliënt te kan verleen. "Moeilike" pasiënte/kliënte sal veral tot depersonalisasie by die sielkundige kan lei, aangesien die beskrywing van Schaufeli et al. (1993) ten opsigte van die asimmetriese verhouding tussen die "versorger" en "ontvanger", met eersgenoemde wat slegs gee en laasgenoemde wat slegs (gratis) ontvang, hier ter sprake kom.



### 2.10.9 Probleme met oninbare skulde

Resultate van die afsonderlike lineêre regressie-analises ten opsigte van al die drie komponente van uitbranding het aangetoon dat die ervaring van probleme met oninbare skulde 'n beduidende negatiewe voorspeller van die depersonalisasie-komponent van uitbranding was. Die ervaring van meer probleme met oninbare skulde het dus laer depersonalisasie-tellings by sielkundiges voorspel. Dit is 'n onverwagte bevinding en is teenstrydig met die bevindings van die vorige Suid-Afrikaanse studie van Smith (1998), met hoë uitbrandingtellings vir sielkundiges wat ontevrede was met hul finansiële vergoedingspakket. Alhoewel slegs 4.8% van die variansie in depersonalisasie in die huidige studie deur die ervaring van probleme met oninbare skulde voorspel is, is hierdie bevinding steeds teenstrydig met die verwagte resultaat van hoër depersonalisasie en gevoelens van afgestomptheid teenoor pasiënte/kliënte met 'n toename in probleme met oninbare skulde.

Die bevinding van 'n afname in depersonalisasie tesame met 'n toename in probleme met oninbare skulde, is moeilik verklaarbaar. Daar kan moontlik bespiegel word dat sielkundiges wie se uitstaande skulde nie vereffen word nie, die oorsaak by hulle terapeutiese effektiwiteit soek en juis minder depersonalisasie teenoor die pasiënte/kliënte openbaar wat nie hulle rekeninge vereffen nie. Hierdie afname in depersonalisasie by die sielkundige dien dan as 'n poging om 'n beter kwaliteit diens aan hierdie pasiënte/kliënte te lewer, in die hoop dat die uitstaande fooie verhaal sal word.

## 3. SAMEVATTING

Die navorsingsliteratuur beklemtoon dat die werk van professionele persone in die mensgerigte professies baie stresvol is. Die stressors wat te make het met psigoterapeutiese werk met pasiënte of kliënte kan 'n hoë mate van stres, soos gemanifesteer in angs en depressie, by hierdie persone skep. Wanneer hierdie stres nie doeltreffend hanteer word nie, kan dit tot uitbranding lei. Uitbranding is die bekendste stresverwante sindroom wat professionele werkers beïnvloed en die mees algemene persoonlike gevolg van die beoefening van psigoterapie. Die mees algemeen aanvaarde definisie van Maslach (1982) postuleer dat uitbranding in gevoelens van emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid manifesteer.

Die strategieë wat sielkundiges gebruik om werkverwante stres te hanteer en gevolglike uitbranding te verhoed, is van uiterste belang. Doeltreffende streshanteringstrategieë sal nie alleen uitbranding by sielkundiges kan voorkom nie, maar ook 'n indirekte voordeel inhou vir die pasiënte of kliënte aan wie die terapeut 'n diens moet lewer. Die gebruik van 'n verskeidenheid



streshanteringstrategieë, wat probleem- sowel as emosiegerigte benaderings insluit, lewer waarskynlik die beste resultate ten opsigte van stresverligting.

In die lig van die voorafgaande, is daar in die huidige navorsing eerstens ondersoek ingestel na die mate van stres, soos gemanifesteer in angste en depressie, wat by kliniese en voorligtingsielkundiges wat in die sielkunde-professie die meeste psigoterapeutiese werk verrig, voorgekom het. Daaropvolgend is die groep se vlakke van uitbranding, soos gemanifesteer in gevoelens van emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid, ondersoek. Die tipes streshanteringstrategieë, asook die verband daarvan met angste en depressie, is vasgestel. Verder is die korrelasie tussen sielkundiges se stresvlakke (soos gemanifesteer in angste en depressie) en uitbranding, sowel as die korrelasie tussen hierdie groep se streshanteringstrategieë en uitbranding ondersoek. Laastens is die invloed van biografiese veranderlikes op die teenwoordigheid van uitbranding by die groep sielkundiges nagegaan.

Die resultate van die huidige navorsingstudie het aangetoon dat 56.3% sielkundiges bogemiddelde angstvlakke gerapporteer het, waarvan 23.11% hoë vlakke van angst ervaar het. Bevindings van die huidige ondersoek het ook aangedui dat 54.2% van die deelnemers minstens lig depressief was. Dit stem ooreen met vorige internasionale studies, wat insgelyks depressie en bogemiddelde vlakke van werkstres by sielkundiges gerapporteer het. Dit is kommerwekkend dat meer as die helfte van die sielkundiges in die huidige studie bogemiddelde angstvlakke en simptome van depressie ervaar het. Die huidige bevindings ten opsigte van angst is ongeveer dieselfde as dié wat vir 'n Suid-Afrikaanse steekproef predikante bevind is, maar laer as dié wat vir 'n steekproef Suid-Afrikaanse tandartse gerapporteer is. Die huidige bevindings ten opsigte van depressie dui daarop dat 'n heelwat groter persentasie Suid-Afrikaanse sielkundiges depressiewe simptomatologie ervaar het as Suid-Afrikaanse predikante, wat ook in die mensgerigte professie werksaam is. Daar bestaan dus genoegsame rede tot kommer, aangesien dit vanuit die huidige studie blyk dat sielkundiges in Suid-Afrika baie hoë stresvlakke ervaar, wat noodwendig hulle terapeutiese effektiwiteit nadelig sal beïnvloed.

Matige vlakke van uitbranding in terme van al drie die komponente daarvan, naamlik emosionele uitputting, depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid, is in die huidige steekproef bevind. Verder is aangetoon dat die groep kliniese en voorligtingsielkundiges van al 14 streshanteringstrategieë van die Brief COPE gebruik gemaak het, waarvan aktiewe strategieë die meeste en losmakingsgedrag die minste gebruik is. 'n Kombinasie van probleem- sowel as emosiegerigte streshanteringstrategieë, wat noodsaaklik is vir doeltreffende streshantering, is dus gebruik.



Die gesamentlike voorkoms van die emosiegerigte stresshanteringstrategieë van selfblaming, losmakingsgedrag, ontkenning, 'n gebrek aan humor, self-afleiding, 'n gebrek aan aanvaarding, emosionele ontlading en substansgebruik, het die verhoging in angsvlakke by die deelnemers beduidend voorspel. Dit strook met die bevindings van verskeie vorige internasionale navorsingstudies. Die gesamentlike voorkoms van die stresshanteringstrategieë van substansgebruik, selfblaming, self-afleiding, ontkenning en die afwesigheid van soeke na instrumentele ondersteuning, het die verhoging in depressiewe simptomatologie by die deelnemers beduidend voorspel. Dit is ook in ooreenstemming met vorige navorsingsbevindings.

Uit die huidige bevindings het dit geblyk dat deelnemers se vlakke van angs en depressie beduidende voorspellers was van al drie die komponente van uitbranding. Daar sou dus voorspel kon word dat sielkundiges wat "angstig" of "depressief" was, ook geneig sou wees om uit te brand. Aangesien angs en depressie manifestasies van stres is, beklemtoon hierdie bevindings die verband tussen stres en uitbranding, wat ook deur die literatuur onderskryf word.

Verskeie stresshanteringstrategieë was beduidende voorspellers van die uitbrandingsindroom by die huidige steekproef sielkundiges. Emosionele uitputting is beduidend voorspel deur die gesamentlike voorkoms van losmakingsgedrag, emosionele ontlading, 'n gebrek aan humor, en aktiewe stresshantering. Die gesamentlike voorkoms van die stresshanteringstrategieë van losmakingsgedrag, 'n gebrek aan positiewe herformulering, emosionele ontlading, 'n gebrek aan die beoefening van geloof, self-afleiding, die afwesigheid van soeke na emosionele ondersteuning, en die afwesigheid van ontkenning, was beduidende voorspellers van depersonalisasie. Ten opsigte van die derde komponent van uitbranding, wat gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid behels, is 'n kombinasie van 'n gebrek aan positiewe herformulering, self-afleiding, 'n gebrek aan humor, selfblaming, 'n gebrek aan beplanning, instrumentele ondersteuningsoeke, en losmakingsgedrag as beduidende voorspellers uitgewys. Met die uitsondering van aktiewe metodes, wat hoë vlakke van emosionele uitputting voorspel het, ontkenning, wat 'n verlaging in vlakke van depersonalisasie voorspel het, en instrumentele ondersteuningsoeke, wat 'n voorspeller was van persepsies van verminderde persoonlike bekwaamheid, is hierdie bevindings in ooreenstemming met die literatuur.

Met betrekking tot die invloed van biografiese veranderlikes op die vlakke van uitbranding by die deelnemers, is beduidende korrelasies en verskille gevind. Ouderdom was 'n beduidende voorspeller van emosionele uitputting en depersonalisasie by sielkundiges, maar nie van verminderde persoonlike bekwaamheid nie. Die positiewe verband tussen ouderdom en uitbranding wat in die huidige studie bevind is, bevestig die resultate van vorige navorsingstudies.



Beduidende verskille tussen die twee geslagte ten opsigte van uitbranding is aangetoon. Manlike sielkundiges het beduidend meer depersonalisasie en emosionele uitputting as hulle vroulike kollegas gerapporteer. Die resultate ten opsigte van depersonalisasie stem ooreen met bevindings uit die literatuur, terwyl die hoër vlakke van emosionele uitputting wat by mans gevind is, teenstrydig is met vorige navorsingsresultate, wat die teendeel gerapporteer het. Ander studies het geen verskille tussen mans en vroue in terme van uitbranding aangetoon nie.

Geen statisties beduidende verskille tussen sielkundiges wat hoofsaaklik in privaatpraktyk werksaam was, en sielkundiges wat hoofsaaklik by opleidingsinstansies (soos universiteite, tegniese en skole) betrokke was, is ten opsigte van uitbranding bevind nie. Geeneen van die deelnemers het aangedui dat hulle hoofsaaklik in die publieke sektor (soos staatsinstansies of -hospitale) werksaam was nie. 'n Vergelyking tussen werksaamheid in die privaatpraktyk en publieke sektor kon dus nie getref word nie, alhoewel die resultate van vorige ondersoeke op beduidende hoër vlakke van uitbranding by laasgenoemde groep gedui het. Daar is ook gespekuleer dat sielkundiges wat hoofsaaklik in die publieke sektor werksaam was, miskien te "uitgebrand" was om op die versoek om aan die huidige navorsingstudie deel te neem, te reageer.

Die aantal ure wat per week aan psigoterapeutiese werk met pasiënte of kliënte bestee is, was 'n beduidende positiewe voorspeller van emosionele uitputting, depersonalisasie en gevoelens van persoonlike bekwaamheid. Dit stem grootliks ooreen met die resultate wat in vorige navorsingstudies vir verskillende steekproewe verkry is.

Die aantal jare wat die deelnemers reeds in praktyk was, was 'n beduidende positiewe voorspeller van emosionele uitputting, maar nie van depersonalisasie en verminderde persoonlike bekwaamheid nie. 'n Groter aantal jare in praktyk het dus gepaard gegaan met laer vlakke van emosionele uitputting by sielkundiges. Hierdie bevindings strook gedeeltelik met dié van vorige navorsers, maar by gebrek aan genoegsame literatuur aangaande die verband tussen hierdie biografiese veranderlike en uitbranding, kon voldoende vergelykings nie getref word nie.

Sielkundiges wat grotendeels 'n psigodinamiese terapeutiese benadering in hulle werk met pasiënte/kliënte toegepas het, het beduidend meer emosionele uitputting gerapporteer as diegene wat grotendeels 'n kombinasie van kognitiewe gedragsterapie en persoonsgesentreerde terapie gebruik het. Sielkundiges wat grotendeels 'n sisteembenadering in die praktyk gebruik het, het weer beduidend laer gevoelens van persoonlike bekwaamheid ervaar as hulle kollegas wat hoofsaaklik narratiewe terapie gebruik het. By gebrek aan vergelykbare literatuurstudies, kon geen wetenskaplik gegronde afleidings aangaande hierdie bevindings gemaak word nie.



Wat huwelikstatus betref, is geen beduidende verskille ten opsigte van uitbranding gevind tussen deelnemers wat getroud, geskei of nooit getroud was nie. Hierdie bevindings bevestig dié van sommige vorige navorsers, terwyl dit dié van andere weerspreek. Die verband tussen huwelikstatus en uitbranding is dus steeds onduidelik.

Die huidige resultate het daarop gedui dat die ervaring van probleme met die vereffening van rekening deur mediese fondse, 'n beduidende voorspeller was van al drie die uitbranding-komponente by sielkundiges. Die ervaring van probleme met oninbare skulde was egter 'n beduidende negatiewe voorspeller van die depersonalisasie-komponent van uitbranding, wat strydig is met die verwagte resultaat van 'n toename in depersonalisasie met 'n toename in probleme met oninbare skulde. Hierdie bevindings kon nie met dié van vorige navorsingstudies vergelyk word nie, weens die afwesigheid van vorige studies aangaande die verband tussen finansiële stres en uitbranding by sielkundiges.

#### **4. AANBEVELINGS VOORTSPRUITEND UIT DIE HUIDIGE STUDIE**

In die huidige studie het meer as die helfte van 'n verteenwoordigende steekproef sielkundiges bogemiddelde angsvlakke (56.3%) en depressiewe simptomatologie (54.2%) ervaar. Ongeveer een derde (30.25%) het hoë vlakke van emosionele uitputting ervaar, terwyl 20.59% hoë vlakke van depersonalisasie en 28.57% sterk gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid gerapporteer het. Hierdie bevindings hou ernstige implikasies in vir die Suid-Afrikaanse sielkundige, sowel as die pasiënte/kliënte aan wie hulle 'n diens moet lewer.

4.1 Met verwysing na die voorafgaande, sal die opstel en implementering van 'n stresreageringsprogram, spesifiek van toepassing op die spesiale tipes stressors verbonde aan die mensgerigte diensleweringsprofessies, die sielkundige met waardevolle kennis kan toerus. Hierdie program behoort proaktief te wees, deurdat dit terapeute voorberei ten opsigte van die hantering van werkverwante stres, die herkenning van die tekens van uitbranding en etiese kwessies verbonde daaraan om tydens die ervaring van uitbranding aan te hou praktiseer. Hierdie stresreageringsprogram behoort reeds by sielkundiges in opleiding geïmplementeer te word sodat jong sielkundiges, wat meer vatbaar is vir uitbranding, toepaslik opgelei kan word om die spesifieke stressors wat aanleiding gee tot uitbranding, te kan identifiseer en hanteer.

4.2 Daar word ook sterk aanbeveel dat Suid-Afrikaanse sielkundiges na hul eie emosionele welsyn moet omsien, aangesien hulle dit nie alleen aan hulleself verskuldig is nie, maar ook aan hulle pasiënte/kliënte. Die stigma wat by die algemene publiek aan die ontvang van psigoterapie gekleef het, is alreeds in 'n hoë mate besweer. Dit is egter moontlik dat hierdie stigma nog by



sielkundiges aan die gedagte van psigoterapie vir hulleself kleef, aangesien dit die beskouing mag wees dat dit juis hulle taak is om psigoterapeutiese dienste te lewer en nie aan die ontvangkant daarvan te wees nie. Dit is ook moontlik dat hulle dit as 'n swakheid beskou dat hulle nie daartoe in staat is om hulle eie terapeutiese tegnieke op hulleself te kan toepas nie. Om van 'n kollega se dienste gebruik te maak, kan ook gevoelens van minderwaardigheid en onbekwaamheid by die sielkundige ontlok. Sielkundiges behoort egter, sodra hulle voel dat emosionele probleme hulle funksionering kortwiek, self psigoterapie by kollegas ondergaan. So 'n proses kan intens verrykend vir beide sielkundiges wees.

4.3 Daar word ook aanbeveel dat sielkundiges ondersteuningsgroepe vorm, waar hulle op 'n gereelde basis bymekaar kan kom en gevoelens van angstigheid, neerslagtigheid, emosionele uitgeputheid, negatiewe gevoelens teenoor pasiënte/kliënte en selftwyfel kan uitpraat, met mekaar deel en sodoende die terapeutiese effek van gesonde en funksionele emosionele ontlading ervaar.

4.4 Nog 'n aanbeveling is dat jonger sielkundiges op 'n gereelde basis met meer ervare kollegas konsulteer en supervisie ondergaan. Supervisie-groepe, bestaande uit klein groepies (vyf tot tien) sielkundiges wat gereeld bymekaarkom om gevalle en probleme te bespreek, kan ook baie funksioneel wees. Sodoende kan gevoelens van verminderde persoonlike bekwaamheid betyds teengewerk word.

## 5. VOORSTELLE VIR VERDERE NAVORSING

Op grond van die resultate en voortvloeiend vanuit die huidige ondersoek, kan die volgende voorstelle vir toekomstige navorsing gemaak word:

5.1 Aangesien geen studies waarin die internet as medium van data-insameling gebruik is, nog aangaande die onderwerp van stres, stres hanteringsstrategieë en uitbranding by Suid-Afrikaanse kliniese en voorligtingsielkundiges uitgevoer is nie, sal 'n soortgelyke opvolgstudie, met 'n groter steekproef, as vergelyking kan dien ten einde die huidige resultate te staaf of te weerlê.

5.2 Die relatiewe swak reponskoers (23.8%) in die huidige studie, kan moontlik aan die gebrek aan internetfasiliteite by die Suid-Afrikaanse populasie kliniese en voorligtingsielkundiges toegeskryf word. Hoewel navorsing wat per pos gedoen word, relatief duur is, sal 'n vergelykende studie met die pos as data-insamelingsmedium, interessante inligting rakende die reponskoers kan oplewer. Indien die reponskoers ongeveer dieselfde is vir albei



metodes, sal die relatiewe swak responskoers aan ander faktore toegeskryf kan word. In hierdie verband kan daar verwys word na die moontlikheid van 'n sogenaamde "self-seleksie sydigheid". Dit beteken dat diegene wat hoër vlakke van uitbranding beleef het, moontlik nie op die versoek om deel te neem, gereageer het nie. Die gevolg sou wees dat laer gemiddelde vlakke as wat werklik die geval was, gerapporteer is, omdat dié wat werklik "te uitgebrand" was, nie oor die energie beskik het om aan die studie deel te neem nie. Opvolg-ondersoeke, waarin aansporingsbriewe aan moontlike deelnemers gestuur word, sal die reponskoers aansienlik kan verbeter. Daar is egter heelwat kostes aan hierdie prosedure verbonde.

5.3 Heelwat deelnemers het gesukkel om toegang tot die internet te verkry, as gevolg van die verkeerdlike gebruik van die voorvoegsel "www" by die intik van die adres. Dit bied 'n verdere verklaring vir die relatiewe lae responskoers. Toekomstige internet-gebaseerde studies behoort in ag te neem dat die gewone gebruiker daaraan gewoond is om hierdie voorvoegsel te gebruik en nie altyd bewus is van ander tipes webbladsye nie. Ongelukkig is daar groot kostes verbonde aan die implementering van 'n "www"-tipe webbladsy en behoort die verduidelikingsbrief die intik van die presiese adres, soos op die brief aangetoon, te beklemtoon.

5.4 Die Raad vir Gesondheidsberoepe van Suid-Afrika (RGSA) beskik nie oor 'n databasis van die elektroniese posadresse van sielkundiges nie. Die samestelling van so 'n databasis sal toekomstige navorsingsprojekte aangaande die gesondheidsberoepe kan vergemaklik en onnodige kostes in terme van posgeld kan besnoei. Die feit dat die huidige studie tog 'n genoegsame, statisties verwerkbare respons opgelewer het, dui daarop dat die internet besig is om 'n nuwe era ten opsigte van navorsingsmetodes in te lui.

5.5 Verdere navorsing aangaande die verband tussen uitbranding en sekere biografiese faktore, soos veral geslag, werkzaamheid in spesifieke sektore, aantal jare in praktyk, terapeutiese modaliteit en skuldinvorderingsprobleme, sal meer lig kan werp op die bydrae van hierdie veranderlikes ten opsigte van uitbranding by sielkundiges.

5.6 Dit sou interessant wees om ondersoek in te stel na die invloed van verskillende tipes stressors en persoonlikheidskenmerke op die ervaring van uitbranding. Die identifisering van hierdie veranderlikes sal die opstelling van 'n profiel van persone wat geneig sal wees tot uitbranding, moontlik maak. Sodoende sal ingrepe betyds gemaak kan word om uitbranding te verhoed en professionele belemmering te beperk.



- 5.7 Geen onderskeid is in die huidige studie getref tussen sielkundiges van verskillende rasse en kulture nie. Verdere navorsing aangaande moontlike interkulturele verskille tussen sielkundiges vanuit verskillende kultuurgroepe, sal lig kan werp op aspeke soos verskillende terapeutiese modaliteite, die ervaring van stres en uitbranding op verskillende wyses, asook die implementering van verskillende streshanteringstrategieë.
- 5.8 Aangesien geen sielkundiges vanuit die staatsdienssektor aan die huidige studie deelgeneem het nie, kon die verband tussen werkzaamheid in die staatsdienssektor en uitbranding nie vasgestel word nie. 'n Opvolgstudie aangaande uitbranding onder sielkundiges wat in die staatsdienssektor werkzaam is, sal vergelykings met die huidige studie moontlik maak. Daar behoort ook in so 'n opvolgstudie ondersoek ingestel te word na waarom sielkundiges wat in die staatsdienssektor werkzaam is, nie aan die huidige studie deelgeneem het nie.
- 5.9 Die huidige studie was kwantitatief van aard, wat slegs die anonieme beantwoording van vraelyste behels het. 'n Kwalitatiewe opvolgstudie, waarin onderhoude met 'n verteenwoordigende steekproef sielkundiges gevoer word, behoort 'n waardevolle bydrae te lewer in terme van die emosionele ervaringswêreld van die sielkundige.



## VERWYSINGS

- Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C., & Kurdek, L.A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624-631.
- Aldwin, C.M., & Brustrom, J. (1997). Theories of coping with chronic stress: Illustrations from the health psychology and aging literatures. In B.H. Gottlieb (Red.), *Coping with chronic stress* (pp. 43-73). New York: Plenum Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066-1074.
- Amirkhan, J.H. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 242-261.
- Anderson, C.A., Miller, R.S., Riger, A.L., Dill, J.C., & Sedikides, C. (1994). Behavioral and characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 549-558.
- Anderson, D.G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24(6), 839-848.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Aragones, A.O. (2001). Burnout among doctoral-level psychologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(7-B), 3886.
- Baba, V.V., Galperin, B.L., & Lituchy, T.R. (1999). Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2), 163-169.
- Baltzell, A. (1999). Psychological factors and resources related to rowers' coping in elite competition. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(4-B), 1877.
- Basson, M., & Rothmann, S. (2002, Maart). *Sense of coherence, coping and burnout of pharmacists*. Referaat gelewer by die *First Burnout Conference in South Africa*, Potchefstroom, Suid-Afrika.



- Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford: International Universities Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bee, H.L. (1996). *The journey of adulthood* (3<sup>rd</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Benevides, A.M.T., & Moreno-Jiménez, B. (2001). *The burnout in Madrid's psychologists*. Referaat gelewer by die 22ste Internasionale Kongres van die Stres- en Angsnavorsingsvereniging, Palma de Mallorca, Spanje.
- Bernier, D. (1998). A study of coping: Succesful recovery from severe burnout and other reactions to severe work-related stress. *Work and Stress*, 12(1), 50-65.
- Bifulco, A., & Brown, G.W. (1996). Cognitive coping response to crises and onset of depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 163-172.
- Blankertz, L.E., & Robinson, S.E. (1996). Who is the psychosocial rehabilitation worker? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4), 3-13.
- Böhmer, A.C., & Spangenberg, J.J. (2001). Depressie en angste onder predikante van die Nederduitse Gereformeerde Kerk in die Wes- en Suid-Kaap. *Nederduitse Gereformeerde Teologiese Tydskrif*, 42(1-2), 6-14.
- Botha, H.C. (1983). *'n Vergelyking van depressieskale*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Bowden, R.G. (2000). The professoriate: Humor coping, job stress, and faculty burnout. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 61(2-A), 517.
- Bradley, V.L. (2000). Coping, perceived burden, and the burnout syndrome in caregivers to people with cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(5-B), 2747.



- Brenninkmeyer, V., Yperen, N.W.V., & Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30(5), 873-880.
- Breznitz, S., & Goldberger, L. (1993). Stress research at a crossroads. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 3-6). New York: Free Press.
- Brown, C., & O'Brien, K.M. (1998). Understanding stress and burnout in shelter workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(4), 383-385.
- Bumberry, W., Oliver, J.M., & McClure, J.N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 150-155.
- Burke, R.J. (1994). Stressful events, work-family conflict, coping, psychological burnout, and well-being among police officers. *Psychological Reports*, 25(2), 787-800.
- Buunk, B.P., & Schaufeli, W.B. (1993). In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). Washington DC: Taylor & Francis.
- Cannon, C.A. (1997). Marital stress and coping in alpha 1-antitrypsin deficiency emphysema. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 58(1-A), 305.
- Capner, M., & Caltabiano, M.L. (1993). Factors affecting the progression towards burnout: A comparison of professional and volunteer counsellors. *Psychological Reports*, 73(2), 555-561.
- Carkhuff, R.R., & Truax, C.B. (1966). Toward explaining success and failure in interpersonal learning experiences. *Personnel and Guidance Journal*, 44(7), 723-728.
- Carroll, B.J., Fielding, J.F., & Blashki, T.G. (1973). Depression rating scales. *Archives of General Psychiatry*, 28, 361-366.
- Carter, P.A. (2000). Cancer caregivers' depression and sleep disturbances. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(74-B), 3199.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.



- Chan, D.W., & Hui, E.K.P. (1995). Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 15-25.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge.
- Cianfrini, C.L. (1997). A comparison of university academic and psychological counselors: Burnout and its relationship with social support, coping, and job satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 57(9-A), 3824.
- Cohen, S.D. (2000). An exploratory study of popular musicians' occupational stress, cognitive appraisals, and coping responses. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 61(1-A), 363.
- Collins, V.A. (2000). A meta-analysis of burnout and occupational stress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(9-B), 4942.
- Corrigan, P.W., Holmes, E.P., & Luchins, D. (1995). Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 703-710.
- Costa, M.M.I. (1995). Job stress, burnout and depression: Issues of discriminant validity. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 55(8-A), 2322.
- Coster, J.S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 5-13.
- Courage, M.M., & Williams, D.D. (1986). An approach to the study of burnout in professional care providers in human service organizations. *Journal of Social Service Research*, 10(1), 7-22.
- Courbasson, C.M.A., Endler, N.S., Kocovski, N.L. (2002). Coping and psychological distress for men with substance use disorders. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 21(1), 35-49.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Hong Kong: The MacMillan Press Ltd.
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M.P. (1993). In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 177-197). Washington DC: Taylor & Francis.



- Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179.
- Cushway, D., & Tyler, P.A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10, 35-42.
- Cushway, D., & Tyler, P.A. (1996). Stress in clinical psychologists. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(4), 141-149.
- Cushway, D., Tyler, P.A., & Nolan, P. (1996). Development of a stress scale for mental health professionals. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 279-295.
- Czerniakowski, J.J. (1996). Stress, burnout, and coping strategies among elementary school principals in Pennsylvania. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 56(12-A), 4618.
- Derogatis, L.R., & Coons, H.L. (1993). Self-report measures of stress. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 200-233). New York: Free Press.
- Dillman, D. A., & Bowker, D. K. (2001). The web questionnaire challenge to survey methodologists. In U.-D. Reips, & M. Bosnjak (Eds.), *Dimensions of internet science* (pp. 159-178). Lengerich: Pabst Science Publishers. Verkry vanaf die "World Wide Web" op 28 Augustus 2002: <http://survey.sesrc.wsu.edu/dillman/papers.htm>
- Dillman, D.A., Phelps, G., Tortora, R., Swift, K., Kohrell, J., & Berck, J. (2001). Response rate and measurement differences in mixed mode surveys using mail, telephone, interactive voice response and the internet. Draft paper. Verkry vanaf die "World Wide Web" op 28 Augustus 2002: [http://survey.Sersc.wsu.edu/dillman/papers/Mixed%20Mode%20ppr%20\\_with%20Gallup\\_%20POQ.pdf](http://survey.Sersc.wsu.edu/dillman/papers/Mixed%20Mode%20ppr%20_with%20Gallup_%20POQ.pdf)
- Dunn, H.M. (2000). The relationship between measured levels of stress, coping strategies, and burnout exhibited by Pennsylvania agricultural educators. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 61(3-A), 854.
- Elman, B.D., & Dowd, E.T. (1997). Correlates of burnout inpatient substance abuse therapists. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 17, 56-65.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.



- Farber, B.A. (Red.) (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.
- Farwell, R.J. (1999). A study of K-12 teachers in small school districts: Their levels of stress, the source of stress, and the effect of initiating coping strategies. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 60(4-A), 1074.
- Ferrett, H.L. (1999). *Death exposure, death attitude, death anxiety and burnout in nurses*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications.
- Fillion, L., Kovacs, A.H., Gagnon, P., & Endler, N.S. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 21(1), 17-34.
- Flett, G.L., Blankstein, K.R., & Holowaty, L.S. (1990). Depression and complex attributions of blame in self and others. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(4), 175-188.
- Flynn, H.A. (1997). An investigation of the relationship between depression and coping using time series analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(8-B), 5324.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat, & R.S. Lazarus, *Stress and coping: An anthology* (pp. 207-227). New York: Columbia University Press.
- Foreman, M.H. (1997). The relationship between burnout and depression subtypes among clergy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(9-B), 5959.
- Fortener, R.G. (2000). Relationship between work setting, client prognosis, suicide ideation, and burnout in psychologists and counselors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(12-B), 6404.
- Franzini, L.R. (2000). Humor in behavior therapy. *Behavior Therapist*, 23(2), 25-29.
- Franzini, L.R. (2001). Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. *Journal of General Psychology*, 128(2), 170-193.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.



- Freudenberger, H.J. (1989). In D.T. Wessels, A.H. Kutscher, I.B. Seeland, F.E. Selder, D.J. Cherico, & E.J. Clark (Eds.), *Professional burnout in medicine and the helping professions* (pp. 1-10). New York: The Haworth Press.
- Friesen, P., & Sarros, J.S. (1989). Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- Gabassi, P.G., Cervai, S., Rozbowsky, P., Semeraro, A., & Gregori, D. (2002). Burnout syndrome in the helping professions. *Psychological Reports*, 90, 309-314.
- Gerdes, L.C., Moore, C., Ochse, R., & van Ede, D. (1988). *Die ontwikkelende volwassene* (2<sup>de</sup> uitgawe). Durban: Butterworths.
- Geurts, S., Schaufeli, W., & De Jonge, J. (1998). Burnout and intention to leave among mental health-care professionals: A social psychological approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(3), 341-362.
- Gilbert, P., & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: Its relationships to perceptions of social rank, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29(4), 757-774.
- Gilroy, P.J., Carroll, L., & Murra, J. (2001). Does depression affect clinical practice? A survey of women psychotherapists. *Women and Therapy*, 23(4), 13-30.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F., & Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Good, G.E., Thoreson, R.W., & Shaughnessy, P. (1995). Substance use, confrontation of impaired colleagues, and psychological functioning among counseling psychologists: A national survey. *The Counseling Psychologist*, 23(4), 703-721.
- Goodman, J.H. (1997). How therapists cope with client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(9-B), 5918.
- Greenglass, E.R., Burke, R.J., & Konarski, R. (1998). Components of burnout, resources, and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(12), 1088-1106.



- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Burke, R.J. (1996). Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 9(3), 185-197.
- Greenhouse, W.J., Meyer, B., & Johnson, S.L. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 237-241.
- Grosch, W.N., & Olsen, D.C. (Eds.) (1994). *When helping starts to hurt: A new look at burnout among psychotherapists*. New York: W.W. Norton & Company.
- Guy, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: John Wiley & Sons.
- Guy, J.D., & Liaboe, G.P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' interpersonal functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(2), 111-114.
- Haan, N. (1992). The assessment of coping, defense, and stress. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 258-273). New York: Free Press.
- Haenninen, V., & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among adults. *Social Science and Medicine*, 43(10), 1453-1460.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 95-113). Washington DC: Taylor & Francis.
- Hann, S.G. (1999). Stress, burnout, and job satisfaction among school psychologists: An investigation into the measurement, relationship and factorial validity of the constructs. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 59(9-A), 3347.
- Harcourt, D., Rumsey, N., & Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of sympathetic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 4(1), 57-71.
- Harrington, D., Bean, N., Pintello, D., & Mathews, D. (2001). Job satisfaction and burnout: Predictors of intentions to leave a job in a military setting. *Administration in Social Work*, 25(3), 1-16.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press.



- Hobfoll, S.E., & Freedy, J. (1993). In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 115-129). Washington DC: Taylor & Francis.
- Hotz, S.L.O. (2001). Social support: Self-esteem and belonging support as moderators of predictors of rehospitalization for dually diagnosed psychiatric patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(7-B), 3846.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Huberty, T.J., & Huebner, E.S. (1988). A national survey on burnout among school psychologists. *Psychology in the Schools*, 25, 54-61.
- Huebner, E.S. (1993). Professionals under stress: A review of burnout among the helping professions with implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(1), 40-49.
- Hughes, L.L. (1993). Burnout in psychology doctoral programs. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 53(7-B), 3775.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in nursing staff: Is there a relationship between depression and burnout? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4), 421-433.
- Iwanicki, E.F., & Schwab, R.L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.
- Jackson, S.E., Schwab, R.S., & Schuler, R.L. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640.
- Jansen van Vuuren, J.A., & Rothmann, S. (2002, Maart). *The relationship between psychological strengths, coping and burnout of senior managers in a manufacturing industry*. Referaat gelewer by die *First Burnout Conference in South Africa*, Potchefstroom, Suid-Afrika.
- Johnson, J.W. (2001). Support, coping, and religion: Factors influencing adjustment to workplace stress amongst international relief and development personnel. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(3-B), 1627.



- Jones, S.E. (1992). The working psychologist in personal crisis. *Psychotherapy in Private Practice*, 11(3), 31-35.
- Kaden, R. (1999). Therapist burnout: The contributions of role stress, patient behavior stress, and therapist personality. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 60(4-B), 1856.
- Kerlinger, F.N., & Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research* (4<sup>th</sup> ed.). Orlando, FL: Harcourt College Publishers.
- Koeske, G.F., Kirk, S.A., & Koeske, R.D. (1993). Coping with job stress: Which strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66(4), 319-335.
- Koeske, G.F., & Koeske, R.D. (1989). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 25, 131-144.
- Kolenc, K.M., Hartley, D.L., & Murdock, N.L. (1990). The relationship of mild depression to stress and coping. *Journal of Mental Health Counseling*, 12(1), 76-92.
- Konert, E. (1998). The relationship among middle-school teacher burnout, stress, job satisfaction, and coping styles. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 58(11-A), 4143.
- Kottler, J.A. (1987). *On being a therapist*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kramen-Kahn, B., & Hansen, N.D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 130-134.
- Latack, J.C. (1986). Coping with job stress: measurements and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 377-385.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.



- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In A. Monat, & R.S. Lazarus, *Stress and coping: An anthology* (pp. 189-206). New York: Columbia University Press.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Leiter, M.P. (1991a). Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress, and Coping*, 5, 79-93.
- Leiter, M.P. (1991b). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12(2), 123-144.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 237-252). Washington DC: Taylor & Francis.
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Lester, D. (1989). Suicide among psychologists and a proposal for the American Psychological Association. *Psychological Reports*, 64(1), 65-66.
- Levenson, R.L. (1999). Assessing burnout among employees who work with the mentally retarded. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(9-B), 5094.
- Linehan, M.M., Cochran, B.N., Mar, C.M., Levensky, E.R., & Comtois, K.A. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disordered clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the Maslach Burnout Inventory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 329-337.
- Little, L.B. (2000). Training in dialectical behavior therapy as a means of reducing therapist burnout. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(5-B), 2769.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Mahoney, (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16.



- Major, M.J. (2000). The use of humor in psychotherapy with adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(1-B), 539.
- MaloneBeach, E.E., & Zarit, S.H. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. *International Psychogeriatrics*, 7(1), 25-38.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout, and workaholism. In R.R. Kilburg, P.E. Nathan, & R.W. Thoreson (Eds.), *Professionals in distress* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.
- Maslach, C. (1993). In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 19-32). Washington DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981a). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychology Press.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1997). Maslach Burnout Inventory (3<sup>rd</sup> ed.). In C.P. Zalaquett & R.J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Lanham: Scarecrow Press.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 1-18). Washington DC: Taylor & Francis.
- McKnight, J.D., & Glass, D.C. (1995). Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 490-494.
- Medeiros, M.E., & Prochaska, J.O. (1988). Coping strategies that psychotherapists use in working with stressful clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(1), 112-114.
- Meléndez, W.A., & De Guzmán, R.M. (1983). *Burnout: The new academic disease*. Washington DC: ASHE Association for the study of higher education.
- Mesmer, P.J. (2001). Use of humor as a stress coping strategy by para-professional youth care workers employed in residential group care facilities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(1-B), 587.



- Metz, P. (1987). *Job satisfaction, job stress and burnout within the practice of clinical psychology in the Western Cape*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Kaapstad.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277.
- Mills, L.B., & Huebner, E.S. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology*, 36(1), 103-120.
- Möller, A.T., & Spangenberg, J.J. (1996). Stress and coping amongst South African dentists in private practice. *Journal of the Dental Association of South Africa*, 51, 347-357.
- Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Mosley, T.H., Perrin, S.G., Neral, S.M., Dubbert, P.M., Grothues, C.A., & Ointo, B.M. (1994). Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Academic Medicine*, 69(9), 765-767.
- Murtagh, M.P., & Wollersheim, J.P. (1997). Effects of clinical practice on psychologists: Treating depressed clients, perceived stress, and ways of coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 361-364.
- Naisberg-Fennig, S., Fennig, S., Keinan, G., & Elizur, A. (1991). Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists. *Stress Medicine*, 7(4), 201-205.
- Nakano, K. (1991). The role of coping strategies on psychological and physical well-being. *Japanese Psychological Research*, 33(4), 160-167.
- Nelson, N.G. (2000). Correlates of health and success among psychology graduate students: Stress, distress, coping, well being, and social support. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 61(3-A), 883.
- Nixon, M. (1995). *Burnout, work environment, and coping in surgical hospital nurses*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Kaapstad.



- O'Connor, M.F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345-350.
- Odendal, F.J., & Van Wyk, J.D. (1988). Die taksering van die sindroom uitbranding. *South African Journal of Psychology*, 18(2), 41-49.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Ortiz, C. (2000). Learning to use humor in psychotherapy. *Clinical Supervisor*, 19(1), 191-198.
- Osseiran-Waines, N., & Elmacian, S. (1994). Types of social support: Relation to stress and academic achievement among prospective teachers. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26(1), 1-20.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Peiro, J.M., Gonzalez-Roma, V., Tordera, N., & Manas, M.A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology and Health*, 16(5), 511-525.
- Persing, J.M. (2000). An exploration of the effects of spirituality on psychologist burnout. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(1-B), 545.
- Pierce, C.M., & Molloy, G.N. (1989). The construct validity of the Maslach Burnout Inventory: Some data from down under. *Psychological Reports*, 65, 1340-1342.
- Pines, A.M. (1993a). Burnout. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 387-406). New York: The Free Press.
- Pines, A.M. (1993b). Burnout: An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. (pp. 33-51). Washington DC: Taylor & Francis.
- Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.
- Pope, K.S., & Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258.



- Poulin, E.M. (2000). Living with endometriosis: Women's experiences with disease stressors, coping, and medical support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(1-B), 545.
- Pradhan, M., & Misra, N. (1996). Gender differences in Type A behaviour pattern: Burnout relationship in medical professions. *Psychological Studies*, 41(1-2), 4-9.
- Price, M. (1998). Vulnerability factors for secondary traumatic stress in psychotherapists who treat traumatized clients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(4-B), 1865.
- Prusoff, B.A., Klerman, G.L., & Paykel, E.S. (1972). Concordance between clinical assessments and patients' self-report in depression. *Archives of General Psychiatry*, 26, 546-552.
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72(2), 159-169.
- Radeke, J.T., & Mahoney, M.J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82-84.
- Raquepaw, J.M., & Miller, R.S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 32-36.
- Reime, B., & Steiner, I. (2001). Ausgebrannt oder depressiv? Eine empirische Studie zur Konstruktvalidität von Burnout in Abgrenzung zur Depression. (Uitgebrand of depressief? 'n Empiriese studie aangaande die konstruktgeldigheid van uitbranding ten opsigte van depressie.) *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(8), 304-307.
- Rice, P.L. (1992). *Stress and health*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Richardsen, A.M., Burke, R.J., & Leiter, M.P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 5(1), 55-68.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.



- Ross, E. (1993). Burnout among social workers: An ecological perspective. *Social Work*, 29(4), 334-342.
- Ross, M.W., Greenfield, S.A., & Bennett, L. (1999). Predictors of dropout and burnout in AIDS volunteers: A longitudinal study. *AIDS-Care*, 11(6), 723-731.
- Roussi, P. (1996). Flexibility in coping and its relation to psychological distress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(9-B), 5182.
- Sandoval, J. (1993). Personality and burnout among school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4), 321-327.
- Schafer, W. (1992). *Stress management for wellness*. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Schaufeli, W.B., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 199-236). Washington DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of the two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14(7), 631-647.
- Schonlau, M., Fricker, R.D., & Elliott, M.N. (2001). *Conducting research surveys via e-mail and the web*. Santa Monica: RAND. Verkry vanaf die "World Wide Web" op 28 Augustus 2002: <http://www.rand.org/publications/MR/MR1480/MR1480.ch6.pdf>
- Schoup, F.-E. (1995). Perspectives of therapist impairment in women psychologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(5-B), 2885.
- Schweitzer, B. (1994). Stress and burnout in junior doctors. *South African Medical Journal*, 84(6), 352-354.
- Sears, S.F., Urizar, G.G., & Evans, G.D. (2000). Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 56-62.
- Selder, F.E., & Paustian, A. (1989). In D.T. Wessels, A.H. Kutscher, I.B. Seeland, F.E. Selder, D.J. Cherico, & E.J. Clark (Eds.), *Professional burnout in medicine and the helping professions* (pp. 73-82). New York: The Haworth Press.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.



- Shelly, N. (1994). Anxiety and the mask of humor. In H.S. Strean (Red.), *The use of humor in psychotherapy* (pp. 75-78). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Sherman, M.D., & Thelen, M.H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 79-85.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E.W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(1), 91-102.
- Singer, J.E., & Davidson, L.M. (1991). Specificity and stress research. In A. Monat, & R.S. Lazarus, *Stress and coping: An anthology* (pp. 36-47).
- Sirratt, D.K. (2001). The relationship of occupational stressors and burnout on PTSD symptoms of emergency personnel. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(6-B), 2965.
- Skorupa, J., & Agresti, A.A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 281-285.
- Smith, L.M. (1998). *Die insidensie van uitbrandingsindroom by sielkundiges in Suid-Afrika*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Snibbe, J.R., Radcliffe, T., Weisberger, C., Richards, M., & Kelly, J. (1989). Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychological Reports*, 65(3), 775-780.
- Somhlaba, N.Z. (2002). Stress and coping strategies in recently widowed rural Black women. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 66(6), 620-625.
- Spangenberg, J.J., & Böhmer, A.C. (2002, Julie). *Stress and social support in South African ministers of religion*. Referaat gelewer by die 25<sup>th</sup> International Congress of Applied Psychology, Singapoer.
- Spangenberg, J.J., & Campbell, M.E. (1999). Anxiety, depression and coping strategies in recently detoxified alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17(3), 55-65.



- Spangenberg, J.J., & Lacock, L. (2001). *Postpartum depression in rural Black South African women*. Referaat gelewer by die sewende Jaarlikse Kongres van die Sielkundevereniging van Suid-Afrika, Johannesburg.
- Spangenberg, J.J., & Pieters, H.C. (1991). Factors related to postpartum depression. *South African Journal of Psychology*, 21(3), 159-165.
- Spangenberg, J.J., & Theron, J.C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *The Journal of Psychology*, 133(3), 253-262.
- Spangenberg, J.J., & Theron, J.C. (2001). Stress and coping in parents of children with Down Syndrome. *Studia Psychologia*, 43(1), 41-48.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spilka, B., Zwartjes, W.J., & Zwartjes, G.M. (1991). The role of religion in coping with childhood cancer. *Pastoral Psychology*, 39(5), 295-304.
- Storm, K., & Rothmann, S. (2002, Maart). *The relationship between personality dimensions, coping and burnout of pharmacists*. Referaat gelewer by die *First Burnout Conference in South Africa*, Potchefstroom, Suid-Afrika.
- Sullivan, M.J.L., Mikail, S., & Weinshenker, B. (1997). Coping with a diagnosis of multiple sclerosis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 249-257.
- Surmann, A.T. (1999). Negative mood regulation expectancies, coping, and depressive symptoms among American nurses. *Journal of Social Psychology*, 139(4), 540-543.
- Sussman, M.B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Sussman, M.B. (1995). *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Sutherland, V.J., & Cooper, C.L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall.



- Talbot, L.A., & Lumden, D.B. (2000). On the association between humor and burnout. *Humor: International Journal of Humor Research*, 13(4), 419-428.
- Taris, T.W., Peeters, M.C.W., Le-Blanc, P.M., Schreurs, P.J.G., & Schaufeli, W.B. (2001). From inequity to burnout: The role of job stress. *Journal of Occupational Health Psychology* 6(4), 303-323.
- Taylor, N.M. (2000). Utilizing religious schemas to cope with physical and mental illness: An empirical approach. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(7-B), 3581.
- Taylor, S.E. (1991). Health psychology: The sciences and the field. In A. Monat, & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 62-80). New York: Columbia University Press.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M.A. (2000). A daily process approach to coping: Linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55(6), 626-636.
- Thompson, T.L. (1999). Managed care: Views, practices, and burnout of psychologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(3-B), 1318.
- Thoreson, R.W., Miller, M., & Krauskopf, C.J. (1989). The distressed psychologist: Prevalence and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(3), 153-158.
- Thornton, P.I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126(3), 261-271.
- Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 3(2), 69-71.
- Turnipseed, D.L. (1998). Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports*, 82(2), 627-642.
- Van der Ploeg, H.M., Van Leeuwen, J.J., & Kwee, M.G.T. (1990). Burnout among Dutch psychotherapists. *Psychological Reports*, 67(1), 107-112.
- Van der Walt, G.E. (1993). Burnout among social workers: The cost of caring? *Social Work/Maatskaplike Werk*, 29(2), 134-146.



- Van der Wende, J. (2000). Coping, benefit-finding, and neuropsychological factors in multiple sclerosis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(4-B), 2226.
- Van Morkhoven, N.D. (1998). The prevalence of burnout among psychologists and psychological associates in the state of Texas. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(11-B), 6267.
- Vealey, R.S., Udry, E.M., Zimmerman, V., & Soliday, J. (1992). Intrapersonal and situational predictors of coaching burnout. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14(1), 40-58.
- Venter, E. (1993). *Die verband tussen persoonlikheidstrekke en die uitbrandsindroom by verpleegkundestudente*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van die Oranje-Vrystaat.
- Vredenburgh, L.D., Carlozzi, A.F., & Stein, L.B. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(3), 293-302.
- Waisberg, J., & Sagie, A. (1999). Teachers' physical, mental, and emotional burnout: Impact on intention to quit. *Journal of Psychology*, 133(3), 333-339.
- Wamsley, L.M. (1996). Stress, stress related depression, and burnout: Their effects on nurses and holistic patient care. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(10-B), 5412.
- Weaver, K.L. (2001). Burnout, stress, and social support among doctoral students in psychology. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(4-B), 2082.
- Wertz, J.J. (2000). Relationship of occupational stress, coping resources, personal strain and burnout in psychology interns. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(11-B), 5821.
- Wessels, D.T. (Jr.). (1993). The etiology of job stress. In D.T. Wessels, A.H. Kutscher, I.B. Seeland, F.E. Selder, D.J. Cherico, & E.J. Clark (Eds.), *Professional burnout in medicine and the helping professions* (pp. 11-19). New York: The Haworth Press.
- Wheaton, B. (1996). The nature of chronic stress. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 43-73). New York: Plenum Press.
- Williams, C.A. (1989). Empathy and burnout in the male and female helping professions. *Research in Nursing & Health*, 12, 169-178.



- Wimberly, S. (2000). Forgiveness and coping [Abstract]. Verkry vanaf die "World Wide Web" op 14 Julie 2002: <http://www.psych.ukans.edu/honors/HonorsTheses2000.htm>.
- Wu, L.C. (1995). Helplessness and self-blame attributions in depression: Investigation of one possible resolution of this paradox among college students in Taiwan. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 55(8-A), 2286.
- Young, L. (1992). *Die voorkoms van angs en depressie tydens 'n eerste swangerskap en faktore wat daarmee verband hou*. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Zemirah, N.L. (2000). Burnout and clinical psychology graduate students: A qualitative study of students' experiences and perceptions. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(10-B), 5237.



## BYLAE 1

### VERDUIDELIKINGSBRIEF AAN SIELKUNDIGE: AFRIKAANSE WEERGAWE

Departement Sielkunde  
Universiteit Stellenbosch  
25 Oktober 2001

- ENGLISH ON REVERSE SIDE -

Geagte Sielkundige

Ek is 'n ingeskrewe magisterstudent in die Sielkunde aan die Universiteit van Stellenbosch en is tans besig met navorsing oor die verband tussen stres, streshanteringstrategieë en uitbranding by professionele Suid-Afrikaanse sielkundiges. Professionele persone wat in die menslike dienslewingsprofessies werkzaam is, is veral vatbaar vir uitbranding. Die doelwit van my studie is om vas te stel watter streshanteringstrategieë sielkundiges gebruik en hoe dit in verband staan met uitbranding. U kan van groot hulp wees in hierdie verband, deur vyf vraelyste te voltooi. Aangesien ek van 'n relatief groot steekproef (N = 1000) gebruik gaan maak en gevolglik kostes wil besnoei, het ek besluit om 'n internet-webbladsy te laat ontwerp, waarop die volgende vyf vraelyste elektronies ingevul kan word:

1. 'n Biografiese vraelys
2. Die Beck Depression Inventory (BDI)
3. Die Brief Coping Orientations to Problems Experienced (Brief COPE)
4. Die State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
5. Die Maslach Burnout Inventory (MBI)

Elke deelnemer aan die studie kry sy/haar eie wagwoord ("password") om toegang tot die webbladsy te verleen. Dit is slegs moontlik vir die navorser om vas te stel of die deelnemer reeds die vraelyste voltooi het of nie. 'n Spesifieke respons kan nie aan die identiteit van 'n spesifieke deelnemer gekoppel word nie. **Anonimiteit word dus beslis verseker.**

Hiermee wil ek 'n sterk versoek tot u rig om, indien u enigsins oor internettoegang beskik, asseblief die volgende webbladsy voor 30/11/2001 te besoek en die vyf vraelyste volledig in te vul: *ilsejordan.tripod.com*. Dit behoort slegs ongeveer 20 minute van u tyd in beslag neem. Ten einde die studie verteenwoordigend van die hele Suid-Afrika te maak, benodig ek so veel deelnemers as moontlik. U deelname in hierdie verband is dus van kardinale belang.

U samewerking word opreg waardeer. Skakel my gerus indien u enige navrae het. Op die webbladsy is daar 'n ruimte vir u e-posadres (opsioneel), indien u terugvoer oor die resultate verlang.

Baie dankie by voorbaat.



(Mej.) Ilse Jordaan

Tel: 082 390 6025  
E-posadres: [ilse\\_jordaan@hotmail.com](mailto:ilse_jordaan@hotmail.com)



## BYLAE 2

### VERDUIDELIKINGSBRIEF AAN SIELKUNDIGE: ENGELSE WEERGAWE

Department of Psychology  
University of Stellenbosch  
25 October 2001

- AFRIKAANS OP KEERSY -

Dear Psychologist

I am a master's student in Psychology, enrolled at the University of Stellenbosch. I am presently conducting research about the correlation between stress, coping strategies and the burnout syndrome amongst professional South African psychologists. People working in the human service professions are especially susceptible to burnout. The aim of my study is to establish which coping strategies psychologists use and how they relate to burnout. By completing five questionnaires, you will be of invaluable assistance to my study. Since I will be using a relatively big sample (N = 1000) and consequently want to axe expenses, I have decided to have an internet web page designed, on which the following five questionnaires can be completed:

1. A biographical questionnaire
2. The Beck Depression Inventory (BDI)
3. The Brief Coping Orientations to Problems Experienced (Brief COPE)
4. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
5. The Maslach Burnout Inventory (MBI)

To gain access to the web page, each participant of the study receives his/her own password. The researcher will only be able to ascertain whether the questionnaires have been completed or not, but will not be able to link the contents to a specific participant's identity. **Anonymity will therefore be assured.**

Herewith I request you sincerely - should you have access to the internet - please to visit the following web page before 30/11/2001 and complete the five questionnaires: *ilsejordan.tripod.com*. It should take approximately 20 minutes of your time. Since I need as many respondents as possible to make this study applicable to the whole of South Africa, your participation in this regard is of vital importance.

Your co-operation is greatly appreciated. Should you have any questions, you are welcome to contact me at any time. On the web page is a space for your e-mail address (optional), should you require feedback about the results.

Thanking you in anticipation.



(Miss) Ilse Jordaan

Tel: 082 390 6025

E-mail address: [ilse\\_jordaan@hotmail.com](mailto:ilse_jordaan@hotmail.com)



**BYLAE 3: WEBBLADSY MET VRAELYSSTE****DEEL I: BIOGRAFIESE VRAELYS**

**Select your province:**      Please select

**Sex:**                      Male ☐              Female ☐

**Marital Status:**      ☐ Married              ☐ Never married  
                                 ☐ Divorced              ☐ Separated  
                                 ☐ Widowed

**Age in years:**             

**In which area/s are you mainly active?**      ☐ Public sector (E.g. community centre, state sector, etc.)  
   ☐ Private practice  
   ☐ University/Training institution

**For how many years have you been practising as psychologist?**     

**How many hours per week do you have contact with clients/patients?**     

**If it would be possible, would you consider leaving your profession?**      ☐ Yes              ☐ No

**Please indicate to which extent you experience problems with medical aid payments.**      ☐ None              ☐ Little  
   ☐ Moderate              ☐ Much

**Please indicate to which extent you experience problems with bad debts.**      ☐ None              ☐ Little  
   ☐ Moderate              ☐ Much

**If you had to choose your profession again, would you choose a different profession?**      ☐ Yes              ☐ No

**Which therapeutic modality do you mostly use when treating your patients/clients? (E.g. cognitive-behavioural therapy (CBT), psychodynamic therapy, hypnosis, person-centered therapy, etc.)**



**DEEL II: BECK DEPRESSION INVENTORY**

**In this questionnaire there are groups of statements. Please read each group of statements carefully. Then pick out the one statement in each group which best describes how you have been feeling during the past two weeks, INCLUDING TODAY. Click the button beside the statement you picked. Be sure to read all the statements in each group before making your choice.**

1.	<input type="checkbox"/> I do not feel sad <input type="checkbox"/> I feel sad <input type="checkbox"/> I am sad all the time and I can't snap out of it <input type="checkbox"/> I am so sad or unhappy that I can't stand it
2.	<input type="checkbox"/> I am not particularly discouraged about the future <input type="checkbox"/> I feel discouraged about the future <input type="checkbox"/> I feel I have nothing to look forward to <input type="checkbox"/> I feel that the future is hopeless and that things cannot improve
3.	<input type="checkbox"/> I do not feel like a failure <input type="checkbox"/> I feel I have failed more than the average person <input type="checkbox"/> As I look back on my life, all I can see is a lot of failures <input type="checkbox"/> I feel I am a complete failure as a person
4.	<input type="checkbox"/> I get as much satisfaction out of things as I used to <input type="checkbox"/> I don't enjoy things the way I used to <input type="checkbox"/> I don't get real satisfaction out of anything anymore <input type="checkbox"/> I am dissatisfied or bored with everything
5.	<input type="checkbox"/> I don't feel particularly guilty <input type="checkbox"/> I feel guilty a good part of the time <input type="checkbox"/> I feel quite guilty most of the time <input type="checkbox"/> I feel guilty all of the time
6.	<input type="checkbox"/> I don't feel I am being punished <input type="checkbox"/> I feel I may be punished <input type="checkbox"/> I expect to be punished <input type="checkbox"/> I feel I am being punished
7.	<input type="checkbox"/> I don't feel disappointed in myself <input type="checkbox"/> I am disappointed in myself <input type="checkbox"/> I am disgusted in myself <input type="checkbox"/> I hate myself
8.	<input type="checkbox"/> I don't feel I am any worse than anybody else <input type="checkbox"/> I am critical of myself for my weaknesses or mistakes <input type="checkbox"/> I blame myself all the time for my faults <input type="checkbox"/> I blame myself for everything bad that happens
9.	<input type="checkbox"/> I don't have any thoughts of killing myself <input type="checkbox"/> I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out <input type="checkbox"/> I would like to kill myself <input type="checkbox"/> I would kill myself if I had the chance
10.	<input type="checkbox"/> I don't cry any more than usual <input type="checkbox"/> I cry more now than I used to <input type="checkbox"/> I cry all the time now <input type="checkbox"/> I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to



11.	<input type="checkbox"/> I am no more irritated now than I ever am <input type="checkbox"/> I get annoyed or irritated more easily than I used to <input type="checkbox"/> I feel irritated all the time now <input type="checkbox"/> I don't get irritated at all by the things that used to irritate me
12.	<input type="checkbox"/> I have not lost interest in other people <input type="checkbox"/> I am less interested in other people than I used to be <input type="checkbox"/> I have lost most of my interest in other people <input type="checkbox"/> I have lost all of my interest in other people
13.	<input type="checkbox"/> I make decisions about as well as I ever could <input type="checkbox"/> I put off making decisions more than I used to <input type="checkbox"/> I have greater difficulty in making decisions than before <input type="checkbox"/> I can't make decisions at all any more
14.	<input type="checkbox"/> I don't feel I look any worse than I used to <input type="checkbox"/> I am worried that I am looking old or unattractive <input type="checkbox"/> I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive <input type="checkbox"/> I believe I look ugly
15.	<input type="checkbox"/> I can work about as well as before <input type="checkbox"/> It takes an extra effort to get started at doing something <input type="checkbox"/> I have to push myself very hard to do anything <input type="checkbox"/> I can't do any work at all
16.	<input type="checkbox"/> I sleep as well as usual <input type="checkbox"/> I don't sleep as well as I used to <input type="checkbox"/> I wake up 1 to 2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep <input type="checkbox"/> I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep
17.	<input type="checkbox"/> I don't get more tired than usual <input type="checkbox"/> I get tired more easily than I used to <input type="checkbox"/> I get tired from doing almost anything <input type="checkbox"/> I am too tired to do anything.
18.	<input type="checkbox"/> My appetite is no worse than usual <input type="checkbox"/> My appetite is not as good as it used to be <input type="checkbox"/> My appetite is much worse now <input type="checkbox"/> I have no appetite at all any more
19.	<input type="checkbox"/> I haven't lost/gained much weight, if any, lately <input type="checkbox"/> I have lost/gained more than 2½ kg (5 pounds) <input type="checkbox"/> I have lost/gained more than 5 kg (10 pounds) <input type="checkbox"/> I have lost/gained more than 7½ kg (15 pounds) (I am purposely trying to lose weight by eating less: Yes/No [    ])
20.	<input type="checkbox"/> I am no more worried about my health than usual <input type="checkbox"/> I am worried about physical problems such as aches and pains or upset stomach or constipation <input type="checkbox"/> I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else <input type="checkbox"/> I am so worried about my physical problems that I cannot think about anything else
21.	<input type="checkbox"/> I have not noticed any recent change in my interest in sex <input type="checkbox"/> I am less interested in sex than I used to be <input type="checkbox"/> I am much less interested in sex now <input type="checkbox"/> I have lost interest in sex completely



**Please indicate *how often* each of the following statements applies to you.**

[illegible]



[illegible]



**DEEL IV: STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY**

A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then choose the appropriate option to the right of the statement to indicate how you feel *right* now, that is, *at this moment*. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe your present feelings best.

	Not at all	Somewhat	Moderately so	Very much so
	1	2	3	4
1. I feel calm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I feel secure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I am tense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I feel strained	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I feel at ease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I feel upset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I am presently worrying over possible misfortunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I feel satisfied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I feel frightened	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I feel comfortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I feel self-confident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I feel nervous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I am jittery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I feel indecisive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I am relaxed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I feel content	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I am worried	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I feel confused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I feel steady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I feel pleasant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**DEEL V: BRIEF COPE**

**Please think of a recent stressful work situation and how you dealt with it. Use the response choices below. Make the answers as true for you as you can.**

	I haven't been doing this at all	I've been doing this a little bit	I've been doing this a medium amount	I've been doing this a lot
	0	1	2	3
1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I've been saying to myself "this isn't real".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I've been getting emotional support from others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I've been giving up trying to deal with it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I've been taking action to try to make the situation better.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I've been refusing to believe that it has happened.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I've been getting help and advice from other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I've been criticizing myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I've been trying to come up with a strategy about what to do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I've been getting comfort and understanding from someone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I've been giving up the attempt to cope.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I've been looking for something good in what is happening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I've been making jokes about it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- [illegible]